



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DOĞUM EYLEMİNDE DOĞUMHANEYE
GELİŞ ZAMANININ MATERNAL VE
NEONATAL SONUÇLARI**

Büşra DEMİRCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON 2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DOĞUM EYLEMİNDE DOĞUMHANEYE
GELİŞ ZAMANININ MATERNAL VE
NEONATAL SONUÇLARI**

Büşra DEMİRCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON 2022

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra DEMİRCİ'nin hazırladığı “Doğum Eyleminde Doğumhaneye Geliş Zamanının Maternal ve Neonatal Sonuçları” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07.01.2022

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY

Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

07/01/2022

Büşra DEMİRCİ

İthaf

Benim bu günlere gelmemde sevgisini, desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde emeğini, bilgisini ve zamanını benden esirgemeyen, vermiş olduğu bilgi ve tecrübelerle eğitim hayatıma ışık tutan, göstermiş olduğu sonsuz sabır ve hoşgörüsünden ötürü çok değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen sayın Prof. Dr. Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN'e, Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN'a,

Tez sınav jüri üyelerim Doç. Dr. Sena KAPLAN ve Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ'e

Destekleriyle her daim cesaret veren arkadaşlarım Sinem BAHAR, Arzu ÇAKIR, Ebru KÜÇÜK'e;

Her zaman ve her konuda bana güvenen, fedakarlıklarıyla bu günlere gelmemi sağlayan değerli aileme,

Sabır, destek ve inançları için sonsuz teşekkür ederim.

Büşra DEMİRCİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Doğum Eylemi ve Mekanizması ile Doğum Eylemini Başlatan Faktörler ve Doğum Eyleminin Belirtileri

5

2.1.1. Doğum Eylemi ve Mekanizması

5

2.1.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler

6

2.1.2.1. Uterusun Gerilme Teorisi

6

2.1.2.2. Hormonal Uyarılar

6

2.1.2.3. Miyometrial Aktivite

8

2.1.3. Doğumun Başlama Belirtileri

8

2.1.3.1. Subjektif Belirtiler

8

2.1.3.2. Objektif Belirtiler

9

2.2. Doğum Eyleminin Evrelerinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

10

2.2.1. Doğumun Birinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

10

2.2.1.1. Latent Fazda İzlem ve Bakım

10

2.2.1.2. Aktif Fazda İzlem ve Bakım

11

2.2.1.3. Geçiş Fazında İzlem ve Bakım

11

2.2.1.4. Doğumun Birinci Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

12

2.2.2. Doğumun İkinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

13

2.2.2.1. Doğumun İkinci Evresinde İzlem ve Bakım

13

2.2.2.2. Doğumun İkinci Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar	14
2.2.3. Doğumun Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım	14
2.2.3.1. Doğumun Üçüncü Evresinde İzlem ve Bakım	15
2.2.3.2. Doğumun Üçüncü Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar	16
2.2.4. Doğumun Dördüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım	17
2.2.4.1. Doğumun Dördüncü Evresinde İzlem ve Bakım	17
2.2.4.2. Doğumun Dördüncü Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni	27
3.4. Araştırmanın Örneklemi	27
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	27
3.6. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	28
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.6.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	29
3.7. Veri Toplama Araçları	30
3.7.1. Anne Tanıtım Formu (Ek 1)	30
3.7.2. Doğum Eylemi Tanılama Formu (Ek 2)	31
3.7.3. Doğum Duygulanım Ölçeği (Ek 3)	31
3.8. Verilerin Toplanması	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	65
EKLER	76
Ek 1. Anne Tanıtım Formu	77
Ek 2. Doğum Eylemi Tanılama Formu	78

Ek 3. Doğum Duygulanım Ölçeği	81
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	83
Ek 5. Etik Kurul İzni	84
Ek 6. Ölçek Kullanım İzni	85
ÖZGEÇMİŞ	86



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. DSÖ pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri rehberi özet listesi	20
Tablo 2. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	34
Tablo 3. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	35
Tablo 4. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre doğum sürecinde yapılan girişimlerin ve doğum sonrası dönemde yapılan uygulamaların karşılaştırılması	38
Tablo 5. Yenidoğanların bazı özelliklerinin ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılması	43
Tablo 6. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre travay sürelerinin karşılaştırılması	45
Tablo 7. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre doğum duygulanım ölçek puanı ortalamalarının karşılaştırılması	46

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri (United States of America)
ACOG	Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
CIMS	Anne Hizmetlerini İyileştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternal Services)
CTG	Kardiotokografi (Cardiotocography)
cm	Santimetre (centimeter)
dk	Dakika
DMÖ	Doğum memnuniyet ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EFM	Elektronik fetal monitorizasyon
EMR	Erken membran rüptürü
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu International Federation of Gynecology and Obstetrics
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
gr	Gram
HT	Hipertansiyon
ICSI	Klinik Sistemleri İyileştirme Enstitüsü (Institute for Clinical Systems Improvement)
IM	Intramuskuler
IV	Intravenöz
KDU	Kanıtı dayalı uygulamalar
kg	Kilogram
KKT	Kontrollü kord traksiyonu
MFTD	Maternal Fetal Tıp Bülteni
ml	Mililitre
mg	Miligram
NICE	Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü (The National Institute for Health and Care Excellence)
NST	Non Stress Test
PPK	Pospartum kanama

sn	Saniye
st	Saat
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
USG	Ultrasonografi
USIAD	Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Birliği, United State Agency Development
YDYBÜ	Yenidoğan Yoğum Bakım Ünitesi
ZKTP	Zeynep Kamil Tıp Bülteni

Simgeler

n	Sayı değeri
SpO2	Oksijen satürasyonu
%	Yüzde
µg	Mikrogram

ÖZET

Doğum Eyleminde Doğumhaneye Geliş Zamanının Maternal ve Neonatal Sonuçları

Araştırma, gebelerin doğum salonuna kabul edilme zamanının (latent ve aktif fazda) maternal/neonatal sonuçlar üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek amacıyla iki gruplu, prospektif, analitik tipte çalışma olarak yapıldı. Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerine uyan 282 gebenin katılımı ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, "Gebe Tanıtım Formu", "Doğum Eylemi Tanılama Formu" ve "Doğum Duygulanım Ölçeği" kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Mann-Whitney U testi, Ki kare, Student T testi ve Fisher Exact testleri kullanıldı.

Araştırmada doğum salonuna latent fazda (≤ 3 cm dilatasyon) kabul edilenlerde vajinal muayene sıklığı, oksitosin indüksiyonu, Elektronik Fetal Monitorisasyon (EFM) ve uzamış doğum eylemi oranları daha yüksek, doğum eyleminin 1., 2. ve 3. evreleri, hastanede kalış süresi daha uzun, emzirmeye başlama süresi daha geçti ve doğum deneyimleri daha olumsuzdu ($p < 0.05$). Yenidoğanlarda ise 1. ve 5. dakika Apgar < 7 puanları, yoğun bakım ünitesine gönderilme, neonatal hipoglisemi, resusitasyona ihtiyaç duyma, yenidoğanın ağırlığı, boyu, kordon dolanması ve mekonyum aspirasyonu açısından fark yoktu ($p > 0.05$).

Sonuç olarak doğum salonuna erken (≤ 3 cm dilatasyon) kabulde gebelerin intrapartum müdahaleleri deneyimleme olasılığı daha yüksekti ve doğumu olumlu algılama durumu daha düşüktü. Bu nedenle düşük riskli term gebelikler için aktif faza kadar doğumhaneye geç kabulü faydalı olabilir. Gebelerin doğum öncesi dönemdeki kontrolleri sırasında bu belirtiler hakkında bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aktif Faz, Doğum, Doğum Fazları, Doğum Salonuna Erken Kabul, Doğum Salonuna Geç Kabul, Hemsirelik, Intrapartum Girişimler, Kanıt Temelli Uygulamalar, Latent Faz

ABSTRACT

Maternal and Neonatal Consequences of Arrival in the Delivery Room in Labor

This study was conducted as a two-group, prospective, analytical study to evaluate the effects of the admission time to the delivery room (in the latent and active phase) of pregnant women on maternal/neonatal outcomes. It was carried out with the participation of 282 pregnant women who met the criteria for inclusion between October 2018 and April 2019 at the Turkish Ministry of Health Public Hospitals Institution, Istanbul Provincial Public Hospitals Association Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital. The data in the study were collected by using the "Pregnant Identification Form", "Delivery Action Diagnosis Form" and "Labor Affectivity Scale". Descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation), Mann-Whitney U test, Chi-Square, Student T-test, and Fisher Exact tests were used to analyze the data.

In those admitted to the delivery room in the latent phase (≤ 3 cm dilatation), vaginal examination frequency, oxytocin induction, Electronic Fetal Monitoring (EFM), and prolonged labor rates were higher, their 1st, 2nd, and 3rd stages of labor and their hospital stay were longer, their initiation of breastfeeding was late, and their birth experiences were negative ($p < 0.05$). In newborns, there was no difference in terms of Apgar scores < 7 in the 1st and 5th minutes, being sent to the intensive care unit, neonatal hypoglycemia, need for resuscitation, newborn weight and length, cord entanglement, and meconium aspiration ($p > 0.05$). As a result, pregnant women were more likely to experience intrapartum interventions in early (≤ 3 cm dilatation) admission to the delivery room, causing a less positive perception of labor. Therefore, late admission to the delivery room until the active phase may be beneficial for low-risk term pregnancies. It is recommended that pregnant women be informed about these symptoms during their prenatal check-ups.

Keywords: Active Phase, Delivery, Birth Phases, Early Admission to the Delivery Room, Late Admission to the Delivery Room, Premature Birth, Hospital Admission, Nursing, Intrapartum Interventions, Evidence-Based Practices, Latent Phase

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınların fiziksel ve emosyonel durumunu etkileyen yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi; düzenli aralıklarla gelip giden, rahatsız edici-ağrılı uterus kasılmalarının servikste silinme ve dilatasyona neden olarak, fetüs ve eklerinin uterus dışına atıldığı fizyolojik bir süreçtir (1-4).

Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır (1-4). Doğumun birinci evresi (açılma-dilatasyon); servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanmasıyla sona erer (1-4). Bu evre nulliplarlarda 6-10 saat (sa), multiparlarda ise 2-10 sa kadar sürebilir. Bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (1-4). Latent faz, düzenli kontraksiyonlarla başlar, dilatasyon 3 (santimetre) cm olduğunda tamamlanır. Nulliplarlarda ortalama 8-9 sa (maksimum 14 sa), multiparlarda ortalama 5 sa (maksimum 14 sa) sürer (3, 4). Süre aralığındaki değişkenlikten dolayı normal ya da ortalama değer tanımlamak bu evre için oldukça güçtür. Friedman' a göre bu süreç kadının dış çevre ve duygu durumuna göre değişkenlik gösterebilmektedir (5, 6). Aktif faz ise, servikal dilatasyon 4-7 cm'dir. Nulliplarlarda 3 sa, multiparlarda 2+ sa sürer (1-4, 7). Aktif faz başlangıcı Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (ACOG) 2014'e göre 6 cm, Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü (NICE) 2014'e göre 4 cm olmasına karşın DSÖ 2018'e göre 5 cm olarak kabul edilmektedir (8-11). Bazı kaynaklarda ise geçiş fazından da bahsedilmektedir. Geçiş fazı doğum eyleminin son evresidir ve servikal dilatasyon 8-10 cm'dir. Bu süreç nulliplarlarda 3 sa, multiparlarda 1 sa'ten fazla sürmemelidir. İkinci evre (itilme-ekspulsiyon); servikal dilatasyonun tamamlanması ile başlar ve fetüsün doğumu ile sonlanır. Nulliplarlarda ortalama 50 dakika (dk), multiparlarda ise 20 dk. sürer. Üçüncü evre (halas-plasenta ve eklerinin doğması); bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin atılması arasındaki 5-30 dk'lık süreçtir ve dördüncü evresi (kanama kontrol dönemi); plasentanın doğumundan sonraki 1-2 sa'lik süreçtir (1-4, 7).

NICE, ACOG ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), farklı yıllarda yayımladığı rehberlerde, doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak desteklenmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmaması gerektiğini önermektedir (1, 8, 12-16). Buna karşın, doğum eylemi süreci günümüzde hala riskli bir durum olarak kabul edilmekte ve kadının müdahalesiz olarak doğum yapamayacağı düşünülmektedir. Doğum hastanede, mümkünse yüksek teknoloji ve özellikle sağlık profesyoneli tarafından müdahale edilerek yapılabilecek bir eylem olarak görülmektedir

(17). Görüldüğü gibi doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiği görüşünün aksine günümüzde hala doğumda tıbbi müdahaleler ve bireysel görüşlere dayalı uygulamalar yaygın olarak kullanılmaktadır. Oysa doğum eyleminde gereksiz yere yapılan uygulamaların doğumun doğal sürecini bozarak maternal ve neonatal sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Bu sorunları en aza indirmenin yolu her doğumda rutin uygulanan birçok girişimin yeri ve önemini kanıta dayalı olarak yeniden sorgulamak olmalıdır (18, 19).

Klinik Sistemleri İyileştirme Enstitüsü (ICSI)'ne göre doğum eylemindeki kadınların doğumhaneye kabulünün yapılabilmesi için; dilatasyonun ≥ 3 cm den büyük, servikal silinmenin (efesman) gerçekleşmiş, her 15 dk süresince en az iki kontraksiyon olacak şekilde düzenli uterus kontraksiyonlarının başlamış ve membranların spontan bir şekilde açılmış olması gerektiğini belirtilmektedir (20). Aynı rehberde göre, gebelerin doğumhaneye kabulü için bu kriterler esas olup, başvuran gebelerin dikkatli değerlendirilmesi çok önemlidir (20). Ancak doğum eylemi sürecinde doğumhaneye kabul kriterlerinin çoğu kurumda tanımlanmadığı bilinmektedir (21-25). Doğum eyleminde yapılan uygulamalar genellikle gebenin hastaneye kabulünden sonra başlamaktadır. Gebenin doğumhaneye aktif evreden önce, latent fazda yatışı yapıldığında gebeler doğumhanede daha fazla zaman geçirmektedir. Bu durum daha fazla oksitosin, analjezik kullanılmasına, daha uzun süreli fetal monitörizasyon yapılmasına, travay sürecini yalnız geçirmesine ve birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (25, 26).

Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul ile aktif doğuma kadar beklenen geç (aktif fazda) kabulleri karşılaştıran bir çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, doğum için hastaneye geç başvurarlarda doğum salonunda bekleme süresinin kıaldığı (ortalama 5.20 sa), intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımının daha az olduğu ve kadınların daha fazla kontrol duygusu hissettiği; ancak doğumhaneye geç kabulün sezaryen oranı, anne ve bebek üzerindeki diğer sonuçlarına yönelik yeterince kanıt olmadığı bildirilmiştir (25). Chuma ve ark. tarafından yapılan sistematik bir incelemede, latent fazda doğumhaneye kabul edilen düşük riskli gebelerin aktif fazda kabul edilenlere göre, sezaryen oranlarının (özellikle fetal distrese bağlı) ve obstetrik girişimlere (oksitosin indüksiyonu, amniotomi gibi) maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (27). Rahnama ve ark. yaptığı Kohort tipi bir çalışmada doğumhaneye latent fazda kabul edilen gebelerde, aktif fazda kabul edilenlere oranla sezaryen oranları daha fazla bulunmuştur. Sezaryenin ana

nedeni latent fazda kabul edilenlerde distosiler, aktif fazda kabul edilenlerde fetal distres olarak bulunmuştur. Aktif fazda kabul edilenlerde, oksitosin kullanımı diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur. Doğuma geç kabulün spontan vajinal doğum oranını artırdığı kabul edilmiştir (28).

Literatürde, latent fazda doğumhaneye kabul edilen düşük riskli gebelerin aktif fazda kabul edilenlere göre, sezaryen oranlarının (özellikle fetal distrese bağlı) ve obstetrik girişimlere (oksitosin indüksiyonu, amniotomi gibi) maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (5, 29, 30, 31). Benzer şekilde literatürde doğumhaneye geç kabul edilen (servikal dilatasyon ≥ 4 cm) kadınlarda, doğum salonunda bekleme süresinin kısalmasına ek olarak, intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımlarının da azaldığı ve gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği bildirilmektedir (27, 32, 33).

Bu nedenle düşük riskli term gebelikler için aktif faza kadar doğumhaneye geç kabulünün yararlı olacağı belirtilmektedir. Kadınların doğum öncesi dönemdeki kontrolleri sırasında doğum eyleminin başlama belirtileri, doğumhaneye geliş zamanı ve geldikten sonraki süreç hakkında hemşireler tarafından bilgilendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca gebelikte yaşanan sorun çeşitliliğinden dolayı hemşirenin konu ile ilgili kadınları bilgilendirmesinin ve desteklemesinin yanı sıra onlara sorunlarla baş edebilmeyi de öğretmesi, gebelik sürecinin daha sağlıklı olmasını ve dolayısı ile doğumhaneye geç başvurunun sağlanmasını da olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, doğum salonuna başvuru zamanı (latent ve aktif faz) ile doğum şekli, intrapartum müdahale oranları ve maternal/neonatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Ülkemizde doğum eyleminde doğumhaneye kabul edilme zamanının maternal ve neonatal sonuçları ile ilgili yeterli sayıda araştırma mevcut değildir. Bu nedenle bu araştırma doğum eyleminde doğumhaneye kabul edilme zamanının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

ICSI doğum eylemindeki kadınların doğumhaneye kabulünün yapılabilmesi için; dilatasyonun ≥ 3 cm den büyük, servikal silinmenin (efesman) gerçekleşmiş, her 15 dk süresince en az iki kontraksiyon olacak şekilde düzenli uterus kontraksiyonlarının başlamış ve membranların spontan bir şekilde açılmış olması gerektiğini belirtilmektedir (20).

NICE ise 2014'deki yönergesinde gebelerin aktif faza kadar olan süreyi evde geçirmelerini ve hastaneye gelmemelerini uygun görmektedir. Ek olarak aktif fazdan önce hastaneye kabulü yapıldığı durumlarda ise sağlık profesyonellerinin gebeye doğum süresinin doğal akışında devam etmesi için herhangi bir müdahalede bulunmamalarını önermektedir (8). Çünkü intrapartum dönemde yapılan endikasyonsuz müdahaleler doğumun doğallığını bozabilmekte, annede ve fetüste bazı komplikasyonların (ketosiz, dehidratasyon, uzamış eylem, müdahaleli doğum, doğum sonu kanama, hipoglisemi, hiponatremi, maliyet artışı, sonraki doğumlar için seçeneklerin sınırlanması, olumsuz ve mutsuz doğum deneyimi, başarısız ve suçlu hissetme ve hastanede yatış süresinin uzaması vb.) gelişmesine neden olabilmektedir (18-20, 34). Oysa son yıllarda yapılan çalışmalar, düşük riskli doğumlarda bu rutin uygulamaların doğumu anne ve bebek sağlığı açısından daha güvenli hale getirmekte başarısız kaldığını, hatta bazı uygulamaların doğumun doğal gidişatını bozarak, doğum eyleminde negatif etkiler ortaya çıkarabildiğini göstermektedir (21, 23, 34).

DSÖ doğumun normal seyrinde devam etmesini, gerekmedikçe müdahale edilmemesini ve kadınların, ailelerin karar verme sürecine katılmasını ve saygıya dayalı olan bir süreci tavsiye etmektedir (13, 25, 27, 35). Ancak son yıllarda doğumu başlatmak, hızlandırmak, sonlandırmak, düzenlemek veya monitorize etmek gibi uygulamaların sayısı artmıştır (36). Yapılan araştırmalarda kadınların büyük bir bölümüne doğum eylemi süreci boyunca veya doğumda en az bir obstetrik girişim uygulandığı belirlenmiştir (27, 29, 34). Bununla birlikte kanıt temelli çalışmalarda ise; riskli olmayan doğumlarda oral sıvı ve besin kısıtlamasına gerek olmadığını (35, 37, 38), doğumda kadınların destek alması (39), rutin lavman, perine traşı, sürekli EFM, sık tuşe, üretral kateter uygulaması gibi müdahalelerin yapılmaması (39-41), kadına hareket ve pozisyon özgürlüğü tanınması (42), erken amniyotomi ve oksitosin kullanılmaması (25, 26, 43-46), rutin epizyotomiden uzaklaşılması (9, 47, 48), dik pozisyonların tercih edilmesi (42, 47), perineal travmayı azaltmak için Hands off tekniğinin kullanılması (10, 49), perineye sıcak kompres ve masaj

(10, 50), kısa süreli spontan ıkmının yerine kadınların içgüdüleri doğrultusunda davranmaları için kadınların teşvik edilmesi önerilmektedir (9, 47). Aynı zamanda uterin atoniye bağlı kanamaların olduğu durumlarda oksitosin ve uterotonikler ile kontrollü kord traksiyonunun (KKT) uygulanması gerektiği (51), doğumdan sonra yaklaşık 1-3 dk arasında, kordon atımı durduktan sonra kordon klemplenmesi ve kordonun 30 saniyeden önce kesilmemesi gerektiği belirtilmektedir (52).

Aktif ve latent fazı veya Braxton-Hicks kasılmalarını ayırt etme yöntemleri konusunda evrensel olarak uygulanan ve bilimsel incelemeye tabi tutulan kesin kriterler tamamen net değildir (25). Çünkü latent fazın sonlanma ve aktif fazın başlangıç noktası ile ilgili son yıllarda farklı görüşler olduğu görülmektedir (32). Bu veriyi destekler nitelikte ACOG ve Maternal-Fetal Tıp Derneği (MFTD)’nin 2016 yılında doğumun birinci ve ikinci evrelerindeki bekleme süreleri ve uygulama önerilerini kanıt düzeyleri ile birlikte belirterek güncellenen “primer sezaryen doğumun güvenli önlenmesi” ortak görüş bildirisinde mevcut güncel veriler doğrultusunda doğum eyleminin tarih boyunca öğretilenden daha yavaş olarak ilerlediğini gösterdiğine vurgu yapılmaktadır (25, 23).

Doğumhaneye kabul kriterlerinin kesin olarak belirlenmemiş olması, gebelerin doğumhaneye farklı fazlarda kabul edilmesine bu da intrapartum süreçteki kadına pek çok girişim ve uygulamanın yapılmasına neden olmaktadır. Kauffman ve ark. (2016) çalışmasına göre, doğumhaneye erken kabulde (servikal dilatasyon ≤ 3 cm), gebelerin medikal müdahale (epidural analjezi ve oksitosin indüksiyonu) ve sezaryen oranı (54), EFM kullanımı ve membran rüptürü daha yüksektir (30). Benzer şekilde literatürde doğumhaneye geç kabul edilen (servikal dilatasyon ≥ 4 cm) kadınlarda, doğum salonunda bekleme süresinin kısalmasına ek olarak, intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımlarının da azaldığı ve gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği bildirilmektedir (27, 32, 33).

2.1. Doğum Eylemi ve Mekanizması ile Doğum Eylemini Başlatan Faktörler ve Doğum Eyleminin Belirtileri

2.1.1. Doğum Eylemi ve Mekanizması

Doğum eylemi, düzenli bir şekilde gelip giden, rahatsız edici-sancılı uterus kasılmalarının servikste incelmeye (efasman) ve açılmaya (dilatasyon) sebep olduğu fizyolojik bir süreç olarak adlandırılmaktadır (1, 12). Doğum eylemi; son menstrüal periyoddan 40 hafta ya da 280 gün kadar sonra gerçekleşir (12).

Bir doğumun normal olabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar: Gebeliğin termde olması (son menstrüal perioddan 40 hafta ya da 280 gün sonra), doğum eyleminin spontan olarak başlayabilmesi, tek ve canlı bir fetüs varlığı, verteks pozisyonunda baş-pelvis uyumsuzluğu olmaması, annenin de fetüsün de sağlıklı olmasıdır (3, 4).

Doğum eyleminin mekanizması, serviksin efasman ve dilatasyonu sonucunda, prezente olan kısmın aktif hareketlerle doğum kanalından ilerlemesi sürecidir (3, 4).

Fetüsün doğum kanalında ilerleyen kısmının anne pelvisine uyumlu hale gelebilmesi için bir takım rotasyonlar yaparak şekil değiştirdiği görülür. Fetüsün yapmış olduğu bu hareketlere kardinal hareketler denir (1, 4). Kardinal hareketler sırasıyla şu şekildedir (12);

1. Yerleşme (Angajman)
2. İniş
3. Fleksiyon
4. İnternal (İç) Rotasyon
5. Ekstansiyon
6. Eksternal (Dış) Rotasyon
7. Ekspulsiyon.

2.1.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler

Doğum eyleminin nasıl ve ne şekilde başladığıyla ilgili net bilgiler olmamakla birlikte doğum eylemini başlattığına inanılan bazı teoriler mevcuttur. Bunlar; uterusun gerilme teorisi, hormonal uyarı ve miyometrial aktivitedir (1).

2.1.2.1. Uterusun Gerilme Teorisi

En eski teorilerden olan uterusun gerilme teorisinde miadına ulaşan uterus gerilir ve gerilmiş olan uterusun, içindekileri boşaltma ihtiyacı hissettiği görüşü mevcuttur. Bu teori prematür ve postmatür olan doğumları açıklamada yetersiz kalmaktadır ve bu yönüyle eski olmasına rağmen eksik bir teoridir (1).

2.1.2.2. Hormonal Uyarılar

Doğum eyleminde uterusu baskılayarak etkin kasılmaların başlamasında etkili olduğu düşünülen hormonlar; oksitosin, kortizol, östrojen-progesteron ve prostoglandinlerdir (55).

- Oksitosin: Latince “abuk doğum” anlamına gelen oksitosin sevgi hormonudur. Hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin kendine özgü çeşitli reseptörleri sayesinde hedef hücrelerde etki gösterir. Bu resptrler uterus, meme, beyin, böbrek ve n hipofizde bulunur (56).

Yetişkin kadındaki oksitosin hormonu düşük olmasına karşın ovulasyon (yumurtlama), doğum, laktasyon, cinsel reaksiyon ve bazı stresin hkim olduğu zamanlarda miktarı artmaktadır. Gebelik süresince artışı devam eden ve doğum eyleminin ikinci evresinde en yüksek seviyeye ulaşan oksitosin, myometriumun oksitosine duyarlılığını arttırdığı için kontraksiyonlar başlar ve bir taraftan doğum eylemini kolaylaştırırken diğer taraftan da anne bebek arasında etkileşimi güçlendirir. Ayrıca oksitosin hormonu doğum eyleminin son aşamasında bebeğin atılımını sağlamasının yanı sıra plasentanın doğumuna ve emzirme sırasında sütün sağılımına da katkı sağlamaktadır (55-57).

Oksitosin doğumdan sonra salgılandığı durumlarda uterus konsantrasyonlarının oluşmasını sağlayarak uterus involusyonunu kolaylaştırır ve kanamayı azaltır. Ayrıca meme derisindeki ısıyı arttırarak yenidoğanın vücut ısısını korumaya yardımcı olur (55, 56).

- Endorfin: Hipofiz arka bezinden salgılanan ve cinsel ilişki, gebelik dönemi ve emzirme sırasında artan endorfin, vücudun kendisi tarafından üretilen doğal narkotik özellikteki bir hormondur (55, 57).

Mutluluk hormonu olarak da bilinen endorfin hormonu, anne sütünde de bulunur ve anne-bebek için ikili bağlılığa ve keyfe sebep olmaktadır (55, 56).

- Östrojen: Gebelik dışında büyük oranda overlerden, az miktarda adrenal korteksten salgılanır (56, 57). Ancak gebeliğin erken dönemlerinde korpus luteumdan, ilerleyen dönemlerinde ise plasentadan salgılanan steroid hormonlardır.  formu mevcuttur. Bunlar; stron, östrodiol, strioldur. Gebelikte plasentadan salgılanan strioldr. Östrojenin bilinen bazı görevleri; gebenin uterusunun ve dış genital organlarının gelişimi ve genişlemesini sağlayarak doğuma hazırlık yapmak, memelerde büyümeyi ve kanal yapılarının genişlemesini sağlamak, pelvis ligamentlerini gevşeterek sakroiliak eklemleri ve simfizis pubisi daha esnek hale getirerek fetüsün doğum kanalından geçişini kolaylaştırmak gibi görevlerinin yanı sıra annede hiperpigmentasyon, tükürük salgılarında artış, diş eti ve nasal mukozada hiperemiye neden olur (1, 3).

- Progesteron: Gebeliğin ilk haftalarında korpus luteumdan, sonrasında ise östrojen gibi plasentadan salgılanan bir diğer hormondur. Ancak östriol gibi fetal sağlığın değerlendirilmesinde kullanılmaz. Progesteronun görevlerinden bazıları; desidual hücrelerin gelişimini sağlamak, myometrial aktiviteyi baskılayarak uterusun kasılabilirliğini azaltmak, uterus kasılmalarını engellemek ve bu sayede spontan düşüklere önlemek, fallop tüpleri ve uterusun sekresyon sıvısını arttırarak implantasyon öncesi morula ve blastozise uygun besin maddeleri sağlayarak zigotun gelişimine katkıda bulunmak, memede lobül ve alveollerin gelişmesini sağlamak (3, 55).
- Prolaktin: Hipofiz ön lobundan salgılanan bir hormon olan prolaktin, gebelikte meme kanallarının oluşumu ve alveollerin olgunlaşmasını sağlarken doğum sonrasında ise laktasyonun sağlanmasından sorumludur. Doğumda östrojen seviyesinin azalmasıyla birlikte prolaktin seviyesinde artış görülür (1, 3).

2.1.2.3. Miyometrial Aktivite

Uterus üst segmentinde yer alan miyometrium kuvvetli ve ritmik doğum ağrılarıyla birlikte kasılıp kalınlaşırken, serviks ve alt segment miyometrium kısalmaya, çekilmeye ve incelmeye başlar. Bu iki segmenti ayıran fizyolojik çembere retraksiyon halkası denir (3, 12).

2.1.3. Doğumun Başlama Belirtileri

2.1.3.1. Subjektif Belirtiler

Gebeliğin son haftalarında doğum kısa bir süre içerisinde başlayacağını gösteren bazı belirtiler vardır ve bu belirtilere subjektif belirtiler de denilmektedir. Bu belirtiler:

- Rahatlama (Hafifleme): Doğum eyleminden birkaç hafta önce fetüs, pelvise inip yerleşir (angajman) ve pubis yüksekliğini azaltır. Diyafragmaya olan basınç azaldığı için solunum rahatlar ve kadınlar kendilerini hafiflemiş hissederken kasıklarda ve alt abdomende sıkışma ya da ağırlaşma hisseder (1, 58). Ayrıca fetüsün pelvise yerleşmesiyle birlikte mesaneye olan baskı arttığı için sık idrara çıkma gibi durumlar ortaya çıkar (58).
- Kilo kaybı: Doğum zamanı yaklaşan plasenta progesteron seviyesindeki azalmadan dolayı yaklaşık 1-1.5 kilogram (kg) kadar sıvı kaybeder (1).

- Enerji artışı: Doğum eylemi başlamadan önce epinefrin salgılanmaya başlar. Epinefrin doğum sırasında bebeğin itilmesi için kullanılır (58).
- Braxton Hicks kontraksiyonları: Çoğunlukla 28. gebelik haftasından sonra, primiparlarda doğumdan bir hafta önce başlayan ve zaman içerisinde artan yavaş, düzensiz ve aralıklı olan ağrılardır. Ağrı genellikle kasık ve karında yoğunlaşır. Gerçek doğum ağrılarıyla karıştırılabilmektedir (1).

2.1.3.2. Objektif Belirtiler

Subjektif belirtilere ek olarak doğum eyleminin başladığını gösteren objektif veriler ise:

- Uterus kontraksiyonları: Düzenli, ritmik ve şiddetli uterus kontraksiyonları doğum eyleminin başladığının göstergesidir (1, 58). Bir kontraksiyon dalgasının uterotubal bileşkedeki varlığından ötürü tüm uterusu yayılması yaklaşık 15 sn içerisinde gerçekleşmektedir (3, 58).
- Efasman (Silinme): Uterus kontraksiyonlarıyla birlikte internal os ve servikal kanalın uterusun yan duvarlarına doğru yaklaşması durumuna efasman denir. Servikal kanalın boyu ilerleyici bir şekilde uzun ve kalın yapısından ince bir kâğıt görünümüne kadar değişiklik göstermektedir. Primigravidalarda dilatasyondan önce meydana gelen efasman, vajinal muayenede yüzde ile ifade edilir (3).
- Dilatasyon (Açılma): Servikal kanal uterus basıncı, fetüsün önde gelen bölümünün ve intraamniyotik hidrolik basıncında etkisiyle 1 cm'den 10 cm'ye kadar genişler (1, 12).
- Amniyon kesesinin yırtılması (Poşun patlaması): Normalde termdeki kadınlarda uterus içi basıncın etkisiyle amniyon kesesinin kendiliğinden açılması durumudur. Kontraksiyonlar başlamadan önce kesenin açıldığı durumlar da söz konusudur ve buna erken membran rüptürü denir. Ancak kontraksiyonlara ve ağrılara rağmen kese açılmamışsa bu durumda kese dışarıdan müdahaleyle açılır. Bu işleme de amniotomi adı verilir (4).
- Servikal müközün atılması (Nişan): Gebelik boyunca servikal kanalda müköz artışına bağlı olarak oluşan tıkaçın servikal kanal damarlarının açılmasıyla birlikte hafif kanla karışık bir şekilde dışarı atılmasıdır (4). Dilatasyonun başladığını gösteren bu durum aynı zamanda travay içinde güvenilir bir

habercidir. Doğuma yakın zamanda yapılan vajinal muayeneden sonra gelen hafif kanlı akıntıyla karıştırılmamalıdır (1).

2.2. Doğum Eyleminin Evrelerinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

Doğum eylemi, kadınların kısa süre içerisinde davranışsal uyumlarını gerektiren fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bir olaydır (11). Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır (8).

2.2.1. Doğumun Birinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

Doğumun Birinci Evresi (Açılma-Dilatasyon); servikal efasman (silinme) ve dilatasyonun (açılmanın) tamamlanması ile sonuçlanmaktadır (4, 8). Doğum eyleminin bu evresi nulliparlarda 360-600 dk, multiparlarda ise 120-600 dk kadar sürebilir (8, 56). Ayrıca bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (1, 3).

2.2.1.1. Latent Fazda İzlem ve Bakım

Latent faz, düzenli, koordineli, ritmik kontraksiyonlarla başlar ve servikal dilatasyon 3 cm olduğunda ise tamamlanır. Kasılmalar 10-20 dakika sıklıkta, 15-20 sn'de orta derecede başlar. Ağrılar daha sıklıkla bel ve sırt bölgelerinde hissedilir. Az aralıklarla ve kısa süren ağrılar olduğu için kadınların bu ağrılara toleransları daha iyidir. Nulliparlarda ortalama 480-720 dk (maksimum 840 dk), multiparlarda ortalama 300 dk (maksimum 840 dk) sürer (1, 4). Bu evrede (1, 3, 4, 15);

- Her 30-60 dk'da bir vital bulgular alınır.
- Her 240 dk bir vücut ısısı ölçülür.
- Her 30-60 dk'da bir palpasyon ya da elektronik fetal monitörizasyon ile kontraksiyonlar sıklık, süre ve şiddet özellikleri bakımından değerlendirilir.
- Her saat başı el doppleri ya da EFM ile fetal kalp atımı kontrol edilir.
- Gerek duyuldukça vajinal muayene yapılır.
- Kadının doğumdan beklentisi, bilgisi, deneyimi ve doğuma ilişkin psikososyal tepkileri değerlendirilir.
- Kadınlar bu evrede genellikle konuşkan, heyecanlı ve korkuludurlar.

2.2.1.2. Aktif Fazda İzlem ve Bakım

- Aktif fazın başlangıcında servikal dilatasyon 4 cm'dir. DSÖ 2018'e göre 5 cm olarak kabul edilmektedir (1, 11, 54). Nulliparlarda 180 dk, multiparlarda 120+ dk sürmektedir (8, 15). Bu evrede kontraksiyonlar 2-5 dk sıklıkta, 30-40 sn orta şiddette olacak şekilde artış göstermektedir. Ağrılar çoğunlukla bel, alt karın bölgesi, kasıklar ve bacaklarda hissedilir (3, 12). Bu evrede (4, 8, 15);
- Her 30 dk'da bir vital bulguları alınır.
- 240 dk'da bir vücut ısısı takibi yapılır.
- Her 15-30 dk'da bir palpasyon ya da EFM ile kontraksiyonlar sıklık, süre ve şiddet özellikleri bakımından değerlendirilir.
- Her 30 dk'da bir el doppleri ya da EFM ile fetal kalp atımı kontrol edilir.
- Gerek duyuldukça vajinal muayene yapılır.
- Bu evrede doğumu kabul etme durumuyla birlikte istekli; ancak kontraksiyonların şiddetindeki artıştan dolayı yorulan kadınlar daha sessizdirler ve bu durum iletişimi güçleştirebilir.

2.2.1.3. Geçiş Fazında İzlem ve Bakım

Geçiş fazı, doğum eyleminin birinci evresinin son aşamasıdır ve bu aşamada servikal dilatasyon 8-10 cm'dir. Bu evrede kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir, 60-90 sn sürmektedir. Bu süreç nulliparlarda 180 dk, multiparlarda 60 dk'dan fazla sürmemelidir. Daha çok perine ve bel bölgesinde hissedilen ağrıların şiddetinin yoğunluğunun dolayısı kadınlar bu evrede kendilerini daha yorgun hissederler (1, 4, 8). Bu evrede (8, 15);

- Her 15-30 dk'da bir vital bulguları alınır.
- 240 dk bir vücut ısısı takibi yapılır.
- Her 15 dk'da bir palpasyon ya da elektronik EFM ile kontraksiyonlar sıklık, süre ve şiddet özellikleri bakımından değerlendirilir.
- Her 15-30 dakikada bir el doppleri ya da elektronik fetal monitörizasyon ile fetal kalp atımı kontrol edilir.
- Gerek duyuldukça vajinal muayene yapılır.
- Kadınlar bu evrede ağrı araları çok kısaldığı için kendilerini yorgun, cesareti kırılmış, kontrolü kaybetmiş gibi hissedebilirler.

Birinci evrede yapılan uygulamalar (1, 10, 21);

- Beslenme (oral alım) (düşük riskli gebelerde önerilir).
- Lavman
- İntravenöz sıvılar
- Perine traşı (vajinal doğum öncesi rutin olarak önerilmez).
- Klorheksidin ile vajinal temizlik
- Mobilizasyon ve pozisyon (düşük riskli gebelerde eylem boyunca mobilizasyon ve dik pozisyonlar önerilir).
- Fetal monitörizasyon
- Amniotomi (doğumun gecikmesini önlemek amacıyla tek başına yapılması önerilmez).
- Ağrı yönetimi
- Partograf
- Servikal muayene
- Oksitosin indüksiyonu
- Prostaglandin uygulaması
- USG (Ultrasonografi).

2.2.1.4. Doğumun Birinci Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

DSÖ Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre; doğumun 1. evresinde önerilen kanıta dayalı uygulamalar Tablo 1'de gösterilmektedir (9). Bu rehber etkili bir iletişimin olduğu saygılı ve özenli bir anne bakımı, gebenin doğum salonuna kabul edilme kriterleri, doğum sürecinde bakımın sürekliliği ve istenilen kişinin refakat etmesi, oral sıvı ve yiyecek alımı, gebenin mobilizasyonu ve pozisyonu, doğum eylemindeki fazların ve doğumun 1. evresinin süresinin tanımı, travayda ve doğum sürecinde rutin fetal sağlık değerlendirmesi, vajinal muayene sıklığı, doğum ağrısına yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik uygulamaları kapsayan önerilerden oluşmaktadır (9) (Tablo 1).

DSÖ Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre; doğumun 1.evresinde önerilmeyen uygulamalar ise; doğumun 1. evresinde ilerleme, kabul sırasında klinik pelvimetri, doğumhaneye kabul döneminde rutin fetal sağlık değerlendirmesi (rutin kardiyografi), perine/pubik bölge traşı, lavman uygulaması, travay sürecinde (doğumun 1. evresi) sürekli kardiyotokografi/NST (Non Stress Test), travay sürecindeki gecikmeyi önlemek için ağrının hafifletilmesi, vajinal temizlik, travayın aktif yönetimi, rutin amniyotomi, erken

amniyotomi ve oksitosin, epidural analjezili kadınlarda oksitosin, antispazmotik ajanlar, travay gecikmesini önlemek için IV (İntravenöz) sıvılardır (9) (Tablo 1).

2.2.2. Doğumun İkinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

İkinci Evre (İtilme-Ekspulsiyon); servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlayıp fetüsün doğumu itibari ile sonlanır. Bu evre nulliparlarda ortalama olarak 50 dk sürerken, multiparlarda ise 20 dk sürer (1, 8). Kontraksiyonlar 2-3 dk bir gelir ve 60 ile 90 sn kadar devam eder (3). Bu evredeki ağrının temel nedenleri uterus kaslarının hipoksisi, fetüsün perineye ve çevre dokulara olan baskısıdır. Bu evrenin iki saatten daha uzun sürdüğü durumlarda, perineal travma, doğum sonu kanama ve koryoamnioniti içeren maternal morbidite anlamlı derecede yüksektir (8, 61, 62) (Tablo 1).

2.2.2.1. Doğumun İkinci Evresinde İzlem ve Bakım

İkinci evrede yapılan uygulamalar (1, 4, 10);

- İkınma
- Fundal basınç (doğumu kolaylaştırmak için manuel fundal basınç önerilmez).
- Perineal yöntemler (perine masajı, perineye ılık kompresler uygulama)
- Dik pozisyon
- Proflaktik oksijen verilmesi
- Epizyotomi (ACOG'a göre 1979'da %60.9, 2004'te %24.5 şeklinde azalma göstermiştir).
- Betamimetikler tokolitik ajanlar.

Doğumun ikinci evresinde, fetüsün oksijenlenmesi yavaş yavaş azalır. Güçlü kasılmalar ve valsalva tipi ıkınma uteroplasental dolaşımı azaltır. Bu nedenle fetüsün durumu dikkatlice izlenmelidir (4, 8, 10). Bu evrede (1, 3, 4, 8, 53, 63);

- Her 5-15 dk bir vital takibi yapılır.
- Her 240 dk bir vücut ısısı takibi yapılır.
- Eylem boyunca palpasyonla ya da EFM sürekli kontraksiyon takibi yapılır.
- Her 15 dk bir el doppleri ya da EFM fetal kalp atımı izlenir.
- Kadına etkili ıkınma şekli anlatılır.

- Doğumda litotomi, sırtüstü, semi fawler, çömelme, ayakta durma, oturma vb. gibi kanıta dayalı olarak önerilen pozisyonlar verilir.
- Doğum masası ve doğum takımı hazırlığı yapılır.
- Yenidoğan için sıcak bir ortam hazırlanır.
- Bacakların iç kısmı, abdomenin alt kısmı perineden dışa doğru, en son olarak da vulva ve anal bölge antiseptik solüsyon ile yıkanır (yıkama yukarıdan aşağıya doğru tek seferde olmalıdır).
- Başın çıkışı sırasında perinenin yırtılmamasına dikkat edilmelidir.
- Epizyotomi açılmışsa epizyotomi onarımı yapılmalıdır.
- Bebek doğduktan sonra yenidoğan bakımı yapıp bir an önce anne bebek ilişkisi kurulmalıdır.
- Bebek ilk 30 dk emzirilmelidir.

2.2.2.2. Doğumun İkinci Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 2. evresinde önerilen kanıta dayalı uygulamalar Tablo 1'de gösterilmektedir (9). Bu rehber doğumun 2. evresinin süresi ve tanımı, epidural analjezi uygulaması yapılmayan kadınlar için uygun doğum pozisyonu ve ıkınma yöntemi, perineal travmanın önlenmesine yönelik yöntemlerden oluşmaktadır (9) Tablo 1).

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 2. evresinde önerilmeyen uygulamalar ise epizyotomi politikası, fundal basınç (9) (Tablo 1).

2.2.3. Doğumun Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

Üçüncü Evre (Halas-plasenta ve eklerinin doğması); bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin atılması arasındaki 5-30 dk'lık süreçtir. Bebeğin doğumundan birkaç dakika sonra kasılmalar tekrar başlar. Bu kasılmalar plasentanın ayrılmasını ve uterus involüsyonunu sağlar. Plasentanın doğumunda Crede Manevrası uygulanır. Plasenta ayrılmasının Shultze (fetal yüzü) ve Duncan (maternal yüzü) olmak üzere iki tipi mevcuttur. Shultze tipi daha sık görülür (4, 8).

Günümüzde kordon kanı kök hücre tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle eğer doğum öncesinde kordon kanını toplama ve saklama kararı alındıysa kordon

kanının bebek doğduktan sonra, plasenta ayrılmadan, göbek kordonu kesildikten sonraki 10 dk içinde alınması gerekmektedir (47).

2.2.3.1. Doğumun Üçüncü Evresinde İzlem ve Bakım

Üçüncü evrede yapılan uygulamalar (1, 4, 8);

- Umblikal kordonun klemplenmesi
- Plasentanın çıkarılması
- Umblikal kordon temizliği
- Uterotonik ilaçlar (Ergometrin, Oksitosin, Prostaglandinler)
- Uterus masajı (proflaktik oksitosin uygulandığı durumlarda önerilmez)
- Ten tene temas.

Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumuyla başlayıp plasentanın ayrılmasıyla sonlanır. Bu evrede (1, 4, 53);

- Her 15 dk bir vital bulgu takibi yapılır.
- 4 sa bir vücut ısısı takibi yapılır.
- Plasentanın ayrılma belirtileri (vajinal yoldan ani kanama, umblikal kordon boyunda uzama, simfizis pubise yapılan bası ile umblikal kordonun içeri kaçmaması vb.) gözlenir.
- 1. ve 5. dk APGAR puanı ile fetal kalp atımı değerlendirilir.
- Plasentanın ayrılması gerçekleştikten sonra bir el ile fundusa masaj yaparken diğer ile tekniğe uygun şekilde plasentanın doğmasına yardımcı olunur.
- Plasentanın kolay atılmasını sağlamak için litotomi pozisyonu kullanılır.
- Plasentanın doğumundan sonra kotiledon ve zarların kontrolü yapılır.
- Placenta çıkarıldıktan sonra uterusun involüsyonu için oksitosin (sympitan) IM (Intramuskuler)/IV ya da oksitosin (1 ampul)+methergin IM (1 ampul) uygulanır.
- Perine, vajina ve serviks travma ve yırtık olması durumuna yönelik kontrol edilir.
- Varsa epizyotomi onarımı yapılır.
- Kanama kontrol edilir.
- Perine aseptik solüsyon ile silinir, kurulanır ve steril ped ile kapatılır.

Fundus doğum sonrasında palpasyonda normalde orta hatta ve umblikusun altında yer alır. Eğer farklı bir yerde hissediliyorsa ya mesane doludur ya da içi kan ile doludur (1, 3, 4, 8, 53).

2.2.3.2. Doğumun Üçüncü Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 3. evresinde önerilen kanıta dayalı uygulamalar Tablo 1'de gösterilmektedir (9). Bu rehber proflaktik uterotonik uygulaması, umblikal kordun klemplenmesi işleminin geciktirilmesi ve kontrollü kort traksiyonundan oluşmaktadır (9) (Tablo 1).

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 3. evresinde önerilmeyen uygulamalar ise uterus masajı (9) (Tablo 1).

2.2.4. Doğumun Dördüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda İzlem ve Bakım

Dördüncü Evre (Kanama kontrol dönemi); plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik süreçtir. Kan kaybının 250-500 mililitre (ml) civarında olduğu doğum ile birlikte hemodinamik değişiklikler ortaya çıkar. Fundus bu dönemde genellikle simfizis pubis ve umblikus arasında yer alır. Anestezi uygulanması ya da komplikasyon gelişmesi durumunda bu evrede uzama görülebilir. Kadın bu dönemde fiziksel yorgunluğa bağlı olarak kendini susamış, aç ve üşümüş hissedebilir. Bu evrede mümkün olan en kısa sürede anne bebek ilişkisi kurulmalıdır (1, 3, 4, 8).

2.2.4.1. Doğumun Dördüncü Evresinde İzlem ve Bakım

Dördüncü evrede yapılan uygulamalar (1, 3, 4, 8);

- Varsa epizyotomi onarımı
- Uterus masajı
- Kanama kontrolü
- Bebeğin emzirilmesi.

Dördüncü evre plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saatlik evredir. Bu evrede (3, 4, 8, 64);

- Muayene/müdahale yapılacak ise yapılacak muayene ve/veya müdahalenin amacını ve nasıl yapılacağını açıklanır.
- Kadının bilinç durumu kontrol edilir.

- Her 15 dk bir vital bulgu takibi yapılır (kan basıncı 140/90 mmHg ve üzeri ya da 90/50 mmHg ve altında ise, nabız 60/dk'nın altı 100/dk'nın üzerinde ise, solunum sayısı 10/dk'nın altı 20/dk'nın üstünde ise yakın takip edilmelidir. En az bir kez vücut ısısı ölçümü yapılmalıdır ve enfeksiyon varlığından şüphelenildiği durumlarda vücut ısısı takibi yapılmalıdır.
- Kanama ve uterus involusyonu değerlendirilir (Oksitosin 10 ünite IM/Ergometrine veya Methylergometrine IM, 0.2 miligram (mg)/Misoprostol, 600 mikrogram (µg) oral).
- Uterus tonus kontrolü; postpartum ilk yarım saat 5-10 dk bir, sonraki yarım saat 15 dk bir, iki sa dolana kadar da yarım sa bir yapılır.
- Doğum sonrası vulva, vajen, perine, serviks, rektum, anal sfinkter, abdomen, epizyotomi ve insizyon bölgesi muayenesi yapılır (hematom vb. durumlar açısından)
- Gebeliğe bağlı sistemik hastalık veya doğum ile ilgili komplikasyon gerçekleştiğinde nedene yönelik tetkik ve tedaviye başlanır.
- Lohusanın aile içi şiddet durumu değerlendirmesi (şiddet belirtileri vb. açısından) yapılır.
- Yenidoğanın baştan ayağa muayenesi, stabil oluncaya kadar her 15 dk bir izlenir.
- Annede bu evrede susuzluk, açlık, yorgunluk, şiddetli titreme, perinede sızlama ve ağrı olabilir. Susuzluğu giderilir, temiz ve kuru kıyafetler sağlanır ve analjeziklerle ağrısı giderilir.
- Epizyotomi bölgesi üzerine, ağrıyı gidermesi için soğuk uygulama yapılır.

2.2.4.2. Doğumun Dördüncü Evresi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 4. evresinde önerilen kanıta dayalı uygulamalar Tablo 1'de gösterilmektedir (9). Bu rehber doğumun 4. evresinde kadın ve bebek arasında ten tene temasın sağlanması, emzirmenin gerçekleştirilmesi, hemorajik hastalıklara karşı koruyucu olarak K vitamininin uygulanması, yenidoğanın banyosunun ve diğer bakımlarının yaptırılması, kadının doğum sonu uterus tonüsünün kontrol edilmesi, komplikasyon riski bulunmayan kadınlar ve bebekleri için vajinal doğum sonrası taburculuk planlamasından oluşmaktadır (9) (Tablo 1).

DSÖ'nün Pozitif Doğum Eylemi Rehberi'ne göre doğumun 4. evresinde önerilmeyen uygulamalar ise rutin nazal veya oral aspirasyon, komplike olmayan vajinal doğumlarda antibiyotikler, epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi (9) (Tablo 1).

DSÖ, ACOG, NICE ve Lamaze farklı yıllarda yayımladığı rehberlerde, doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak duygusal ve fiziksel olarak desteklenmesini, annelere hareket serbestliği verilmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmaması gerektiğini, doğal ve aktif ıkınma tekniklerinin tercih edilmesini, doğum sonrasında ise anne bebek birlikteliğinin sağlanarak emzirmeye teşvik edilmesini önermektedir (8, 13, 16, 17). Bu doğrultuda literatür incelendiğinde ise, doğumhaneye latent fazda başvuran kadınların aktif fazda başvuran kadınlara oranla doğumhanede daha fazla zaman geçirdikleri, daha fazla obstetrik girişime (vakum, forseps, lavman, fundal basınç, EFM, lavman, epizyotomi, amniyotomi, epidural analjezi, intrapartum analjezi, oksitosine olan gereksinim vb.) maruz kaldıkları, müdahalelerin sayısı arttıkça doğumun süresinin ve operatif doğum ve sezaryen oranının da arttığı belirtilmektedir (5, 25, 27-31, 54, 65-68). Aynı zamanda doğum salonuna aktif ve latent fazda kabul edilmenin obstetrik sonuçlarını inceleyen başka çalışmalarda da latent fazda başvuran kadınlarda aktif fazdakilere göre; travayda bekleme süresinin ve ikinci evre sürelerinin arttığı, doğum eylemi sürelerinin uzadığı, hastanede kalış süresinin uzadığı ve kontrol duygusunun azaldığı ifade edilmektedir (25, 56, 69-75). Günümüzde yüksek oranda gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin kadınların doğum deneyimlerini olumsuz etkilediği, memnuniyet düzeylerinin düştüğü ve bu nedenle yapılacak müdahaleye karar vermeden önce “zarar vermeme” ilkesinin göz önünde bulundurulması (34) ve kadınlara hemşireler tarafından verilecek olan bakımda (bilgilendirici, destekleyici, açıklayıcı vb.) tüm bunlar göz önüne alınarak bakım sağlanmalıdır. Travay ve doğum sürecinde kanıta dayalı uygulamalar kapsamında verilen destekleyici bakımın hem kadın hem de bebek için mortalite ve morbidite riskini azaltmaktada hemde olumlu bir doğum deneyimi sağlayacağı vurgulanmaktadır (56).

Doğum eylemi ve kanıta dayalı uygulamalar (KDU) ise; evrensel bir eylem ve bireysel bir deneyim olan doğum eylemi sürecinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, anne ve bebek için adaptasyon sürecine ihtiyaç duyulmasına sebep olur (59). Bu süreç içerisinde hemşireler kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamalarında ve doğum memnuniyetini artırmada önemli rol oynamaktadır (56, 59). Şöyle ki KDU'nın hedef kitlesi; ulusal ve yerel sağlık politika yapıcıları, anne ve çocuk sağlığı programlarının

uygulayıcıları ve yöneticileri, sağlık kurumu yöneticileri, hemşireler, ebeler, pratisyen hekimler ve doğum uzmanlarının yanı sıra sağlık uzmanlarının eğitimini yapan akademik personellerin de olduğu belirtilmektedir (23, 56, 59). Hedef kitle içerisinde yer almakta olan hemşire, KDU'nun ihtiyaç durumunda uygulanmasının bilincinde olmalı ve KDU'ya ihtiyaç duyulduğunda kadını bilgilendirmeli, rahatlamasına yardımcı olmalı, kadını desteklemeli ve iyi bir planlama ile durumu yönetebilmelidir (23, 59). Bu sayede KDU doğrultusunda verilecek bakımın, doğum eylemi süreci içerisinde ortaya çıkabilecek mortalite ve morbidite riskini azaltarak ülkenin sağlık göstergelerine olumlu katkısı olacağı, doğum eyleminin anne ve fetus için rahat, güvenli ve sağlıklı bir şekilde tamamlanmasını sağlayacağı ifade edilmektedir (9, 23, 60) . Ayrıca KDU'nun iş gücünde de kılavuz olacağı ve doğum sırasında gereksiz uygulamalarda azalma sağlayarak önemli ölçüde maliyetten tasarruf sağlanmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (9, 23, 56). KDU sayesinde bireysel görüşlere dayalı obstetrik uygulamalar yerini kaliteli klinik deneylerin sistematik inceleme sonuçlarına göre önerilen KDU'a bırakmaya başlamaktadır (9, 23, 56, 59, 60). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuç doğrultusunda kadınların doğumhaneye aktif fazda gelmesi sağlanarak gereksiz uygulamaların yerine KDU uygulamaların ihtiyaç halinde uygulanması ile kadınların hem kontrol duygusunu daha fazla hissetmeleri sağlanmalı hem de doğum memnuniyeti artırılmalıdır.

Tablo 1. DSÖ pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri rehberi özet listesi (Yıldız’dan, 59)

BAKIM SEÇENEĞİ	ÖNERİ	ÖNERİ KATEGORİSİ
1.EVRE		
“Özenli, saygılı anne Bakımı”	1. “Saygılı anne bakımı–tüm kadınlara yönelik onların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyacak, onların özgürlüklerini ve kötü muamele görmemelerini garantiye alacak, travay ve doğum eylemi süresince bilinçli seçimi ve sürekli desteği mümkün kılacak şekilde organize edilen ve sağlanan bakımı ifade eder ve önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Etkili iletişim”	2. “Doğum ve bakım hizmeti sunanlar ile doğumdaki kadınlar arasında, basit ve kültürel açıdan kabul edilebilir yöntemler kullanılarak etkili iletişim kurulması önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Travay ve doğum sürecinde refakat”	3. “Tüm kadınlar için travay ve doğum süresince yanlarında onlara refakat edecek birini seçme hakkının sağlanması önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Bakımın sürekliliği”	4. “Ebe/kadın doğum hemşiresi liderliğindeki bakım sürekliliği modelleri; bilinen bir ebe/ kadın doğum hemşiresi veya küçük bir ebe/ kadın doğum hemşiresi grubu tarafından bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası boyunca sürekli desteklediği bir modeldir. Gebe kadınlar için iyi işleyen ebe/kadın doğum hemşiresi programları olan ortamlarda önerilir.”	“İçeriği bağlamında Spesifik bir öneri”
“Doğumun ilk evresi olan dilatasyon aşamasının latent ve aktif faz tanımları”	5. “Pratikte latent ve aktif fazlar için aşağıdaki tanımların kullanılması önerilmektedir.” • “Dilatasyon evresinin ilk aşaması olan latent faz, ağrılı uterus kontraksiyonları, bir dereceye kadar servikal efasman ve 5cm kadar daha yavaş ilerleyen servikal dilatasyonu içeren servikal değişikliklerle karakterize olan bir zaman dilimidir. Dilatasyon evresinin aktif fazı, düzenli ağrılı uterus kontraksiyonları önemli derecede servikal efasman ve 5 cm’den 10cm açıklığa (tam dilatasyon) kadar daha hızlı servikal dilatasyon ile karakterize olan bir zaman dilimidir.”	“Önerilen”
“Doğumun 1. evresinin süresi”	6. “Doğum eyleminin ilk evresindeki latent fazın sabit bir süresinin bulunmaması ve bir kadından diğerine büyük oranda değişiklik gösterebileceği konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir. Buna ek olarak aktif fazın süresi (5 cm’den 10 cm’ye yani tam açıklığa kadar olan süre) ilk doğumlarda (primiparlar) genellikle 12 saatten fazla sürmez ve daha sonraki doğumlarda (multiparlar) ise genellikle 10 saatten fazla sürmez.”	“Önerilen”
“Doğumun 1. evresinde ilerleme”	7. “Doğum eylemi kendiliğinden başlayan gebelerde, doğumun ilk evresindeki aktif fazda 1cm/saat olan servikal dilatasyon hızı eşiği (partograf uyarı çizgisinde gösterildiği gibi) olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlamada hatalıdır. Bu nedenle olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlama amacı için önerilmez.”	“Önerilmeyen”

Tablo 1. (Devam)

	8. “Aktif fazda minimum 1 cm/saat servikal dilatasyon hızı bazı kadınlar için oldukça hızlıdır ve bundan dolayı normal doğum eyleminin tanımlanmasında önerilmez. Tek başına 1 cm/saat’ten daha yavaş olan bir servikal dilatasyon hızı, obstetrik girişim için rutin bir gösterge olmamalıdır.”	“Önerilmeyen”
	9. “Doğum eylemi 5 cm’lik servikal dilatasyon eşiğine ulaşılan kadar spontan bir şekilde hızlanmayabilir. Bu nedenle, bu eşik değerden yani 5 cm’den önce travay ve doğum hızını arttırmak için tıbbi müdahalelerin (oksitosin artırılması için indüksiyon uygulaması veya sezaryen gibi) kullanılması önerilmez. Bu bağlamda sağlanan fetal ve maternal koşullar güven vericidir.”	“Önerilmeyen”
“Gebenin doğumhaneye kabul edilme politikası”	10. “Spontan doğum eylemi başlamış sağlıklı gebe kadınlar için doğumun birinci evresinin aktif fazına kadar doğumhaneye kabulde geciktirme politikası, sadece titiz araştırma sonuçları bağlamında önerilmektedir.”	“Araştırma sonuçları bağlamında öneri”
“Kabul sırasında klinik Pelvimetri”	11. “Doğumun birinci evresinde olan sağlıklı gebe kadınlar için doğumhaneye kabulde rutin klinik pelvimetri önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Doğumhaneye kabulde rutin fetal sağlık değerlendirmesi”	12. “Spontan doğumu başlamış olan sağlıklı gebe kadınlarda doğumhaneye kabulde fetal sağlığın değerlendirilmesi için rutin kardiyotokografi önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
	13. “Doğumhaneye kabulde fetal sağlığın değerlendirilmesi için Doppler USG ya da Pinard fetal stetoskop kullanılarak oskültasyon yapılması önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Perine/pubik bölge traşı”	14. “Vajinal doğum öncesi rutin perineal / pubik bölge traşı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Lavman uygulaması”	15. “Travayda indüksiyon kullanımını azaltmak amaçlı lavman uygulaması önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Dijital vajinal muayene”	16. “Düşük riskli kadınlarda, doğumun ilk evresinin rutin değerlendirmesinde dört saatlik aralıklarla dijital vajinal muayene önerilir.”	“Önerilen”
“Travayda(doğumun 1. evresi) sürekli kardiyotokografi/NST”	17. “Spontan doğum yapan sağlıklı gebe kadınlarda fetal sağlığın değerlendirilmesi için sürekli kardiyotokografi/NST önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Travayda aralıklı fetal kalp hızı oskültasyonu”	18. “Sağlıklı gebe kadınlarda, Doppler USG veya Pinard fetal stetoskop ile fetal kalp atım hızının belirli aralıklarla oskültasyonu önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Ağrıyı hafifletmek için epidural analjezi”	19. “Epidural analjezi, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Ağrıyı hafifletmek için opioid analjezi”	20. “Fentanil, diamorfin ve pethidin gibi parenteral opioidler, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için bir seçenek olarak önerilmektedir.”	“Önerilen”

Tablo 1. (Devam)

“Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri”	21. “Doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için, kadının tercihlerine bağlı olarak, progresif kas gevşetme, nefes alma, müzik, odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma vb. içeren gevşeme teknikleri önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Ağrı yönetimi için manuel teknikler”	22. “Doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için, kadının tercihlerine bağlı olarak masaj ya da lokal sıcak uygulama (sıcak ped/torba/kompres uygulaması vb.) gibi manuel teknikler önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Travayda gecikmeyi önlemek için ağrının hafifletilmesi”	23. “Travayda (doğumun birinci evresi) gecikmeyi önlemek ve indüksiyon kullanımını azaltmak için ağrı hafifletici yöntemler önerilmez.”	“Önerilmeyen”
“Oral sıvı ve yiyecek”	24. “Düşük riskli gebelerde, travay süresince oral sıvı ve yiyecek alımı önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Gebenin mobilitesi ve pozisyon”	25. “Düşük riskli gebelerde, doğumun birinci evresinde hareket etmesinin desteklenmesi, gebenin cesaretlendirilmesi ve dik pozisyon önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Vajinal temizlik”	26. “Doğumun birinci evresinde bulaşıcı enfeksiyonların önlenmesi için profilaktik amaçlı klorheksidin ile rutin vajinal temizlik önerilmez.”	“Önerilmeyen”
“Travayın aktif yönetimi”	27. “Travayda (doğumun 1. evresi) gecikmeyi önlemede travayın aktif yönetimi için bir bakım paketi önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Rutin amniyotomi”	28. “Travayda gecikmeyi önlemek için tek başına amniyotominin kullanımı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Erken amniyotomi ve Oksitosin”	29. “Travayda gecikmeyi önlemek için erken amniyotomi ile erken oksitosin indüksiyonunun kullanımı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Epidural analjezili kadınlarda Oksitosin”	30. “Epidural analjezi uygulanan kadınlarda travayda gecikmenin önlenmesi için oksitosin kullanılması önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Antispazmotik ajanlar”	31. “Travayda gecikmenin önlenmesi için antispazmotik ajanların kullanımı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Travay gecikmesini önlemek için IV sıvılar”	32. “Travay süresini kısaltmak amacıyla IV sıvıların kullanımı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”

Tablo 1. (Devam)

2. EVRE		
“Doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi”	33. “Pratikte, doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi için aşağıda belirtilenlerin kullanılması önerilmektedir.” • “Doğumun ikinci evresi; tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki zaman periyodudur. Bu evrede uterus kontraksiyonlarının itici gücünün sonucu olarak, kadının istem dışı fetüsü aşağı itme, doğurma dürtüsü vardır.” • “Doğumun ikinci evresi süresinin kadından kadına farklılık gösterebileceği konusunda gebeler bilgilendirilmelidir. ilk doğumunu yapanlarda (primiparlarda) doğum genellikle 3 saat içinde buna karşın sonraki doğumlarda (multiparlarda) genellikle 2 saat içinde tamamlanır.”	“Önerilen”
“Doğum pozisyonu (epidural analjezi uygulanmayan kadınlar için)”	34. “Epidural analjezi uygulanmayan kadınlar için, dik pozisyonlar dahil olmak üzere, kadının kendi tercih ettiği bir doğum pozisyonunu benimsemenin teşvik edilmesi önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Doğum pozisyonu (epidural analjezi uygulanan kadınlar için)”	35. “Epidural analjezi uygulanan kadınlar için, dik pozisyonlar dahil olmak üzere, kadının kendi tercih ettiği bir doğum pozisyonunu benimsemenin teşvik edilmesi önerilmektedir.”	“Önerilen”
“İkınma yöntemi”	36. “Doğumun ikinci evresi olan expulsiyon fazında kadınlar kendi ıkınma içgüdüğü paralelinde ıkınması konusunda (yani ıkınma hissi geldiğinde ıkınması konusunda) cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir.”	“Önerilen”
“İkınma yöntemi(epidural analjezi uygulanan kadınlar için)”	37. “Doğum eyleminin ikinci evresinde epidural analjezili kadınlarda, tam dilatasyondan sonra bir-iki saat için ya da kadının ıkınma hissini tekrar kazanmasına kadar ıkınmayı geciktirmek ancak perinatal hipoksinin yeterince değerlendirilip yönetilebildiği, doğumun ikinci evresini daha uzun tutmak için kurumdaki kaynak ve imkanların mevcut olduğu şartlarda önerilmektedir.”	“İçeriğe özgü Spesifik öneri”
“Perineal travmanın önlenmesi için teknikler”	38. “Doğumun 2. evresindeki kadınlarda perineal travmayı azaltmak ve spontan doğumu kolaylaştırmak için, kadının tercihi ve mevcut seçeneklere göre, penineal masaj, sıcak kompres, perinenin elle korunmasını vb. içeren teknikler önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Epizyotomi politikası”	39. “Spontan vajinal doğum yapan kadınlarda rutin ya da genelde epizyotomi kullanımı önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
“Fundal basınç”	40. “Doğum eyleminin 2. evresinde doğumu kolaylaştırmak için fundusa elle basınç uygulaması önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”

Tablo 1. (Devam)

3. EVRE		
“Proflaktik uterotonik uygulaması”	41. “Doğumun üçüncü evresinde doğum sonu kanamanın önlenmesi için uterotonik kullanımı tüm doğumlar için önerilmektedir.”	“Önerilen”
	42. “Doğum sonu kanamanın önlenmesi için, uterotonik ilaç olarak oksitosin (10 IU, IM/IV) önerilmektedir.”	“Önerilen”
	43. “Oksitosin kullanılmadığı/mevcut olmadığı durumlarda, diğer enjektabl yöntemler (uygunluk durumuna göre, ergometrine/methyletergometrine ya da oksitosin ve ergometrinekombinasyonu) ya da oral misoprostol (600 µg) önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Umbilikal kordklambinin geciktirilmesi”	44. “Anne ve bebeğin sağlığı ve beslenmesinin iyileştirilmesi için bir dakikanın altında olmayacak şekilde gecikmeli umbilikal kord klemplemesi önerilmektedir (doğumdan sonra ≥ 1 dak. gecikmeli klempleme).”	“Önerilen”
“KKT”	45. “Doğumla ilgili nitelikli sağlık profesyonellerinin bulunduğu ortamlarda, eğer bakımı veren sağlık profesyoneli ve doğum yapan kadın kan kaybında ve doğumun 3. evresinin süresinde küçük bir azalmayı önemli olarak görürse, vajinal doğumlar için KKT önerilmektedir.”	“Önerilen”
“Uterus masajı”	46. “Sürekli uterus masajı, profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda, doğum sonu kanamayı önlemeye yönelik bir müdahale olarak önerilmemektedir.”	“Önerilmeyen”
4.EVRE		
“Rutin nazal veya oral Aspirasyon”	47. “Berrak amnion sıvısıyla doğup doğumdan sonra kendi başlarına nefes almaya başlayan yenidoğanlarda ağız ve burun aspirasyonu yapılmamalıdır.”	“Önerilmeyen”
“Ten tene temas”	48. “Komplikasyon olmayan yenidoğanlar, hipotermiyi önlemek ve emzirmeyi desteklemek için doğumdan sonraki ilk bir saat boyunca anneleri ile ten tene temasta (skin-to-skin contact -SSC) tutulmalıdır.”	“Önerilen”
“Emzirme”	49. “Emebilen düşük doğum ağırlıklı bebekler dahil tüm yeni doğanlar, klinik olarak stabil ve anne ve bebek hazır olduklarında, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede memeye yerleştirilmelidir.”	“Önerilen”
“Hemorajik hastalık profilaksisi olarak K vitamini kullanımı”	50. “Doğumdan sonra (yani, anne ve bebeğin ten tene temas içinde olduğu ve emzirmenin başlatılmış olduğu ilk bir saatten sonra) tüm yenidoğanlara intramüsküler olarak 1 mg K vitamini verilmelidir.”	“Önerilen”
“Yenidoğanın banyosu ve doğumdan hemen sonraki diğer bakımı”	51. “Bebek banyosu doğumdan 24 saat sonrasına kadar ertelenmelidir. Şayet kültürel nedenlerden dolayı bu mümkün değilse, banyo en az altı saat ertelenmelidir. Bebeğin ortam sıcaklığına uygun şekilde giydirilmesi önerilmektedir. Bunun anlamı, giysi olarak yetişkinlere göre bir ile iki kat daha fazla giysi ve şapka/başlık kullanımıdır. Anne ve bebek birbirinden ayrılmamalı ve günün 24 saati aynı odada kalmalıdır.”	“Önerilen”

Tablo 1. (Devam)

<i>“Uterus tonüsünün Değerlendirmesi”</i>	52. <i>“Uterus atonisinin erken tanınması için doğum sonu abdominal uterus tonüs değerlendirmesi tüm kadınlar için önerilmektedir.”</i>	<i>“Önerilen”</i>
<i>“Komplike olmayan vajinal doğumlarda antibiyotikler”</i>	53. <i>“Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.”</i>	<i>“Önerilmeyen”</i>
<i>“Epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi”</i>	54. <i>“Epizyotomili kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.”</i>	<i>“Önerilmeyen”</i>
<i>“Doğum sonu rutinmaternal değerlendirme”</i>	55. <i>“Doğum sonrası tüm kadınlar, doğumdan sonraki ilk saatten itibaren 24 saat boyunca vajinal kanama, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve kalp atım hızı (nabız) açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kan basıncı doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmelidir. Normal ise, ikinci kan basıncı ölçümü altı saat içinde yapılmalıdır. İdrar çıkışı ilk altı saat içinde değerlendirilip kaydedilmelidir.”</i>	<i>“Önerilen”</i>
<i>“Komplike olmayan vajinal doğum sonrası taburculuk”</i>	56. <i>“Bir sağlık kurumunda komplikasyonsuz vajinal doğumdan sonra, sağlıklı anneler ve yenidoğanlar doğumdan en az 24 saat sonrasına kadar sağlık kurumunda bakım almalıdır.”</i>	<i>“Önerilen”</i>

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma doğum eyleminde doğumhaneye geliş zamanının maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla iki gruplu, prospektif, analitik tipte çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde etik kurul izni çıktıktan sonra 3 Aralık 2018-31 Nisan 2019 tarihleri arasında doğum salonunda ve kadın doğum servislerinde yatan normal doğum yapan kadınlarla görüşülerek yapılmıştır.

Hastane 1969 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Hizmet vermeye başladıktan 1 yıl sonra 100 yataklı Tropikal Hastalıklar Hastanesi'ne dönüştürülmüş, 1985 yılından itibaren de genel amaçlı devlet hastanesi statüsünde hizmet vermektedir.

75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi 1998 yılında bu hastanenin bünyesine katılmıştır. Hastane 2000 yılından itibaren eğitim ve araştırma misyonunu da üstlenerek Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır.

Beş bloktan oluşan hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi B Blok 4. katta hizmet verirken Doğumhane B Blok -1. katta hizmet vermektedir. Kadın Doğum Servisi 34 yataklı olup 1 NST odası ve 1 muayene odasına sahiptir. Serviste 9 hemşire, 20 uzman doktor, 24 asistan doktor çalışmaktadır. Doğumhanede ise 3 doğum odası ve 1 NST odası mevcut olup 13 ebe çalışmaktadır. Araştırmaya uygun bulunan gebelerin evreni temsil edebilmesi için gerekli sayıdaki (282) kadınlara ulaşılacak büyüklüğü ve mevcut kapasitesi göz önünde bulundurularak hastane seçimi yapılmıştır.

Araştırma için bu hastanenin belirlenmesinin nedeni; Bölge hastanesi olarak yıllık yüksek doğum sayısına sahip olması, tüm sosyo-ekonomik statüdeki kadınlara hizmet vermesi ve araştırmacının bu hastanede görev yapıyor olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2017 yılında doğum yapan 1062 kadın oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem seçiminde, evreni bilinen örneklem yönteminde basit rastgele seçim kullanılmış olup, örneklemi etik kurul onayı alındıktan sonra 3 Aralık 2017–31 Nisan 2018 tarihleri arasında doğumhaneye başvuran örneklem kriterlerini karşılayan direkt travay takibi için doğumhaneye kabul edildiğinde doğum yapan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmuştur. Örneklem sayısı evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla bir yıl önceki gebe polikliniğine başvuran gebe sayısı ve öngörülen sapma değeri ($d=0.05$) esas alınarak $n = N \cdot t_{2pq}^2 / d^2 (N-1) + t_{2pq}^2$ formülüyle bulunmuştur.

İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneklem Sayısı:
 $1062 \times 3.84 \times (0.50 \times 0.50) / 0.0025 \times 1061 + 0.96 = 282$ kişi

Araştırmanın yapılabilmesi için en az 282 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır veri toplama aşamasından önce yapılan pilot uygulamada ise 37. hafta ≥ 50 kadın, 3 ölü doğum yapan kadın ve 5 çoğul gebelik, 25 19 yaş altı kadın, 57 Türkçe konuşamayan ancak normal doğum yapan kadın çalışmaya dâhil edilemediğinden 282 gebenin verileri değerlendirilmiştir. Grupların ayrımı dilatasyon seviyesine göre yapılmıştır (latent faz ≤ 3 cm, aktif faz ≥ 4 cm). Toplam örnek sayısının yarısı latent fazdaki kadınları oluştururken diğer yarısı da aktif fazdaki kadınları oluşturacaktır.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1:

H_0 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eyleminin süresi daha uzundur.

H_1 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eyleminin süresi daha kısadır.

Hipotez 2:

H_0 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eylemini daha olumlu algılar.

H_1 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eylemini daha olumsuz algılar.

Hipotez 3:

H_0 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanları geç (aktif fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanlarına göre daha düşüktür.

H_1 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanları geç (aktif fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanlarına göre daha yüksektir.

Hipotez 4:

H_0 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre doğum memnuniyeti daha fazladır.

H_1 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre doğum memnuniyeti daha azdır.

Hipotez 5:

H_0 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre intrapartum girişim uygulanması daha fazladır.

H_1 =Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre intrapartum girişim uygulanması daha azdır.

3.6. Araştırmaya Kabul Ölçütleri**3.6.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

1. Vajinal doğum yapmak için doğum salonuna başvuran gebeler (primipar ve multiparlar)
2. Term gebelikler (38-42 gebelik haftası)
3. EMR ve erken doğum tehdidi olmayan gebeler
4. Daha önce sezaryen olmayan gebeler

5. İlk kabulde sezaryen endikasyonu konulmayan gebeler
6. Herhangi bir komplikasyonu olmayan gebeler (plasenta previa, dekolman plasenta, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos, polihidroamniyos, prezentasyon bozukluğu, kordon sarkması, baş-pelvis uygunsuzluğu, miyometrial disfonksiyon, vulvada aktif herpes simpleks bulunması, diyabet vb.)
7. Direkt travay takibi için doğumhaneye kabul edildiğinde doğum yapan gebeler
8. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anneler (56, 76).

3.6.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

1. Postterm gebelikler (>42 gebelik haftası)
2. EMR ve erken doğum tehdidi olan gebeler
3. Daha önce sezaryen olan gebeler
4. İlk kabulde sezaryen endikasyonu konulan gebeler
5. Herhangi bir komplikasyonu olan gebeler (plasenta previa, dekolman plasenta, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos, polihidroamniyos, prezentasyon bozukluğu, kordon sarkması, baş-pelvis uygunsuzluğu, miyometrial disfonksiyon, vulvada aktif herpessimpleks bulunması, diyabet vb.) (5).
6. Direkt travay takibi için doğumhaneye kabul edildiğinde normal doğum yapamayan
7. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeyen ve Türkçe konuşamayan kadınlar (5, 56, 76).

Doğumhaneye Kabul Zamanı: Gebenin doğum eylemini gerçekleştirebilmesi için doğumhaneye başvurması ve yatış işleminin yapılması zamanıdır (25, 28). ICSI' ye göre gebelerin doğumhaneye kabulü için servikal dilatasyonun 3 cm veya daha fazla olması gerekir (34).

Doğumhaneye Erken Kabul: Gebenin servikal dilatasyonunun ≤ 3 cm olduğu latent faz evresinde doğumhaneye kabul edilmesidir (25, 28).

Doğumhaneye Geç Kabul: Gebenin servikal dilatasyonunun ≥ 4 cm olduğu aktif faz evresinde doğumhaneye kabul edilmesidir (25, 56). Doğum eyleminde aktif aşamaya gelinceye kadar hastaneye kabulü geciktirmek ve böylece doğum eylemi gerçekleşene kadar oluşabilecek gereksiz müdahaleleri önlemek amacıyla servikal dilatasyonun ≥ 4 cm

olması durumu doğumhaneye geç kabul olarak kabul edilmektedir (25). Aktif faz başlangıcı ACOG 2014'e göre 6 cm, NICE 2014'e göre 4 cm olmasına karşın DSÖ 2018'e göre 5 cm olarak kabul edilmektedir (8-11). Ancak araştırmaya başlama tarihi DSÖ'nün yayım tarihinin öncesinde olduğu için bu araştırmada aktif faz 4 cm olarak kabul edilmektedir.

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Lavman uygulaması, perineal tıraş, antibiyotik profilaksisi, hidrasyon, amniyotomi, fetal monitörizasyon, oksitosin indüksiyonu, antispazmolitik uygulaması, mesane kateterizasyonu, epizyotomi, birinci, ikinci ve üçüncü evrenin süresi, doğum şekilleri, doğum sonrası kanama, plasenta retansiyonu, Apgar puanı, Doğum Duygulanım Ölçeği puanı (76).

Bağımsız Değişkenler: Doğumhaneye kabul zamanı (latent-aktif faz) (76).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, literatür taranarak oluşturulan üç ayrı form kullanılarak yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Kullanılan bu formlar; gebenin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için hazırlanan “Gebe Tanıtım Formu” (62, 64), gebelerin doğum eylemi sürecinin özelliklerini ve doğum eylemi sürecinin yenidoğana olan etkilerini belirlemek için oluşturulan “Doğum Eylemi Tanılama Formu” ve gebelerin kişisel kontrol duygusunu ve doğum memnuniyetini ölçmek için “Doğum Duygulanım Ölçeği” dir (56, 77-79). Veri toplamada annelerin doğuma ilişkin bilgileri hazırlanan veri toplama formlarına ek olarak hasta dosyalarından (bazı sosyodemografik, obstetrik özellikler, intrapartum veriler) ve partograflardan da yararlanılmıştır.

3.7.1. Gebe Tanıtım Formu (Ek 1)

Literatür doğrultusunda hazırlanan formda; sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, intrapartum, yenidoğana ait veriler ve gebelik öyküsüyle ilgili bilgileri içeren 50 sorudan oluşmaktadır (62, 64).

Sosyo-demografik Veriler; gebenin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, gelir düzeyini nasıl algıladığı ve en uzun süre yaşadığı yer, beden kitle indeksi, aile yapısı gibi sorular yer almaktadır.

Obstetrik ve Gebelik Öyküsüne Ait Veriler; multipar, primipar, doğumdaki gebelik haftası, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, düşük, küretaj sayısı, doğum sayısı, gebeliği isteme durumu, gebelikte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı, gebelikte yapılan izlem ve USG sayısı, doğum ile ilgili eğitim alıp almadığı ve aldıysa kim tarafından eğitim verildiği, ektopik gebelik öyküsü, gebe okuluna devam etme durumu, doğum öncesi bakım alma durumu gibi sorular yer almaktadır.

İntrapartum Veriler; hastaneye başvuru saati, doğumhaneye kabul saati, doğumhanede yapılan ilk vajinal muayene saati, ilk vajinal muayenedeki dilatasyon ve efasman yüzdesi, regüler kontraksiyonların başlangıcı, evrelerin süreleri, analjezik kullanımı, membranların açılma saati, amniotomi oksitosin/indüksiyon kullanımı, lavman, EFM, diğer ilaç kullanımı, intravenöz (IV) sıvı takılması, fundal bası, serviksin tam açılma saati, müdahaleli doğum (vakum, forseps), epizyotomi, perineal yırtık, doğum saati, plasenta retansiyonu, pospartum kanama, doğum şekli, plasenta çıkışı, emzirmeye başlama durumu, uzamış doğum eylemi durumu gibi sorular yer almaktadır.

3.7.2. Doğum Eylemi Tanılama Formu (Ek 2)

Bu form iki bölümden oluşmaktadır:

- **Anneye İlişkin Veriler;** bu bölümde gebelik haftası, geliş ve servikal muayene bulguları, vital bulguları, doğum şeklini, doğum evrelerinin süresini ve evrelerde yapılan uygulamaları içeren altı sorudan oluşmaktadır.
- **Yenidoğana İlişkin Veriler;** bu bölüm yenidoğanın cinsiyeti, doğum öyküsü, boyu, kilosu, baş çevresi, birinci ve beşinci dk. Apgar puanı, makrozomi, düşük doğum ağırlığı, neonatal hipoglisemi, YDYBÜ'ne (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi) gönderilme durumu, yenidoğan resusitasyon ihtiyaç durumu, kordon dolanması, kordon düğümlenmesi ve mekonyum aspirasyonu gibi oluşabilecek diğer problemlerle ilgili yedi sorudan oluşmaktadır.

3.7.3. Doğum Duygulanım Ölçeği (Ek 3)

Hodnett tarafından 1987 yılında geliştirilen “Doğum Duygulanım Ölçeği” ölçeği daha önce Kanada, Meksika, İsrail, Danimarka, İsveç’te uygulanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Gençalp tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmada ilk olarak yedi seçenek literatürden yararlanılarak beşe düşürülmüş ve anlaşılabilirliği sağlamak için 1-5 arasındaki her bir seçenek

sözel olarak “sürekli”, “sık”, “ara sıra”, “çok seyrek”, “hiç” olmak üzere ifadelendirilmiştir. Her madde 1 ile 5 arasında puan almakta “çok seyrek” ile “sürekli” seçenekleri arasında değişen 5 seçenek içermekte, bu seçenekler sözel olarak ifade edilmeyip sadece puanlamayı sağlamaktadır. Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edildiği maddelerde 1. ve 5.’nin yerleri değiştirilmektedir. Böylece doğumda olumlu duygular yaşayan anneler yüksek puan almaktadır. Değerlendirme, her bireyin ölçekten aldığı puan toplamı ile yapılmıştır. Yüksek puan alan anneler, doğumu olumlu şekilde geçirmiş sayılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması N.S. Gençalp (1998) tarafından yapılmış olup Cronbach’s Alpha değerini çalışmasında 0.8725, M. Balçık (2013) 0.775 olarak bulurken, bu çalışmada ise 0.912 bulunmuştur (80).

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan gebeler, doğum salonuna başvurdukları dilatasyon seviyesine göre latent faz grubu ve aktif faz grubu olarak iki grup halinde araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmacı ilk önce, doğum salonunda bulunan protokol defterinden araştırma kriterlerine uyan, normal doğum yapmak için doğum salonuna gelen gebeleri ve bu gebelerin doğum salonuna kabul tanılarını belirlemiştir. Daha sonra araştırmacı bu gebeleri latent fazdan doğum sonu erken postpartum döneme kadar olan sürede servikal dilatasyon, efesman, düzenli kontraksiyonların başlangıcı ve intrapartum girişimler (analjezi, lavman, EFM monitörizasyon, IV sıvı takılması, epizyotomi) yönünden gözlemleyerek veri toplama formundaki kontrol listesine işaretlemiştir. Postpartum kanama kontrolü serviste hemşireler tarafından ped kontrolü ile yapılmıştır ve hasta dosyalarına kayıt edilmiştir. Hastaneye başvurusu sonrası yapılan ilk görüşmede bilgilendirilmiş onam formu alınarak sosyo-demografik veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve Doğum Duygulanım Ölçeği doğum sonu ilk 24 saat içinde doldurulmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version (SPSS) 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Mann-Whitney U testi, Ki kare, Student T testi ve Fisher Exact testleri (kategorik değişkenlerin gruplar arasında benzer dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek için) kullanılmıştır. $p < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma etik ilkelere ve “İnsan” ögesini temel alan Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumlardan (11.10.2017 tarih ve E.362 sayılı ile 10.11.2017 tarih ve 14636556-799 sayılı) resmi izin (Ek 4) ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan (12.01.2018 tarih ve 23618724 sayılı) etik kurul izni (Ek 5) alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş; araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, hasta bilgilerinin sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiştir. Kendilerinden yazılı ve/veya sözlü izin alınmış ve bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreni bilinen örneklem yöntemine göre tanımlayıcı olarak araştırma için belirlenen gebe kadınlarda yapılmaktadır ve bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi sonuçlar araştırmaya dâhil edilen kadınları temsil ettiğinden toplum için genellenemezler ve zamana bağlı olarak değişebilirler. İkincisi verilerin bazıları kadınların öz bildirimleri doğrultusunda elde edildiği için verilerin güvenilirliği, kadınların vermiş olduğu bilgiler ile sınırlıdır. Üçüncüsü çalışma tek bir kurumda yürütüldüğünden dolayı örneklem sayısını elde etmede sınırlılıklar vardır. Dördüncüsü araştırmanın yapıldığı hastane eğitim ve araştırma hastanesi olduğu için bölgenin en çok sevk alan ve en yoğun hastanelerinden biridir. Bundan dolayı hastaneye Türkçe konuşamayan ancak normal doğum yapan pek çok kadın başvurmaktadır. Ancak dahil edilme kriterlerine uygun olmadığı için bu kadınlar çalışmaya dahil edilememiştir ve bundan dolayı istenen özellikler sağlanamadığından veri toplama süreci uzamıştır. Beşincisi postpartum kanama değerlendirmesinin yapılması için, değerlendirmenin yapılacağı ilk bezin hastane tarafından verilmesi ancak sonraki bezlerin kadın tarafından temin edilmesi nedeniyle araştırmada postpartum kanamanın değerlendirilmesinde zorluklar yaşanmıştır. Altıncısı araştırmadaki ölçümlerin hastanede aynı hemşire tarafından yapılması sağlanarak araştırmacıdan kaynaklı önyargı azaltılmaya çalışılmıştır.

4. BULGULAR

Doğum eyleminde doğumhaneye geliş zamanının maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek için yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n: 282)

Sosyodemografik Özellikler	Latent Faz (Erken Kabul)(n:141) n (%)	Aktif Faz (Geç Kabul) (n:141) n(%)	Genel Toplam n(%)	Test İstatistiği	P
Yaş	28.5±5.2	27.9±5.9	28.2±5.6	t=0.905	0.366
Yaş grubu					
19-20	5 (3.5)	13 (9.2)	18 (6.4)	$\chi^2=3.870$	0.144
21-29	84 (59.6)	77 (54.6)	161 (57.1)		
30 ve üzeri	52 (36.9)	51 (36.2)	103 (36.5)		
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	6 (4.3)	14 (9.9)	20 (7.1)	$\chi^2=3.533$	0.171
Ortaokul-lise	88 (62.4)	85 (60.3)	173 (61.3)		
Üniversite ve üzeri	47 (33.3)	42 (29.8)	89 (31.6)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	64 (45.4)	50 (35.5)	114 (40.4)	$\chi^2=2.886$	0.089
Çalışmıyor	77 (54.6)	91 (64.5)	168 (59.6)		
En uzun yaşadığı yer					
Kasaba/ilçe	27 (19.1)	25 (17.7)	52 (18.4)	$\chi^2=0.094$	0.759
İl	114 (80.9)	116 (82.3)	230 (81.6)		
Gelir düzeyi algısı*					
Düşük gelirli	3 (2.1)	4 (2.8)	7 (2.5)	---	1.000 ^F
Orta gelirli	138 (97.9)	137 (97.2)	275 (97.5)		
Sağlık güvencesi					
Var	131 (92.9)	125 (88.7)	256 (90.8)	$\chi^2=1.525$	0.217
Yok	10 (7.1)	16 (11.3)	26 (9.2)		
Aile yapısı					
Geniş	12 (8.5)	26 (18.4)	38 (13.5)	$\chi^2=5.961$	0.015
Çekirdek	129 (91.5)	115 (81.6)	244 (86.5)		
Beden kitle indeksi (BKİ)					
Normal kilolu (18.5-24.9)	38 (27)	38 (27)	76 (27)	$\chi^2=0.582$	0.747
Fazla kilolu (25-29.9)	70 (49.6)	75 (53.2)	145 (51.4)		
Obez (30 ve üstü)	33 (23.4)	28 (19.9)	61 (21.6)		
Beden kitle indeksi	32.2±35.9	27.3±4.4	29.8±25.6	t=1.625	0.106

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

F: Fisher's Exact Testi (p değeri olmayan verilerde hesaplanmıştır.)

*Gözlem sayısı az (<5) olduğu için karşılaştırma yapılması uygun değildir. Yerine Fisher Exact Testi yapılmıştır.

Tablo 2’de kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir. Latent faz ve aktif faz grubundaki kadınların yaş grupları incelendiğinde; %57.1’inin 20-29 yaş grubunda olup, yaş ortalamalarının 28.2±5.6 yıl olduğu görülmektedir. Kadınların %61.3 ile büyük çoğunluğunun ortaokul-lise mezunu, %59.6’sının çalışmadığı, %81.6’nın ilde yaşadığı, %97.5’ini orta gelirli olduğu, %90.8’inin sosyal güvencesi olduğu, %86.5’inin çekirdek aileye sahip olduğu, %51.4’ünün fazla kilolu olduğu (BKI=29.8±25.6 kg/m²) tespit edilmiştir.

Latent faz ve aktif faz grubundaki kadınların aile yapısı durumları hariç diğer sosyo-demografik özellikler açısından benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Latent faz grubunun (%91.5) aktif faz grubuna göre (%81.6) daha yüksek oranda çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve aile yapısı durumları açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.015).

Tablo 3. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması (n: 282)

Kadınların Obstetrik Özellikleri	Latent Faz (Erken Kabul) (n:141) n(%)	Aktif Faz (Geç Kabul) (n:141) n(%)	Genel Toplam n(%)	Test İstatistiği	P
Parite					
Primipar	55 (39)	36 (25.5)	91 (32.3)	$\chi^2=5.857$	0.016
Multipar	86 (61)	105 (74.5)	191 (67.7)		
Doğum yaptığındaki gebelik haftası ort					
38-39. hafta	91 (64.5)	92 (65.7)	183 (65.1)	$\chi^2=0.043$	0.836
40-41. hafta	50 (35.5)	48 (34.3)	98 (34.9)		
İlk gebelik yaşı	24±3.6	21.8±3.3	22.9±3.6	t=5.416	<0.001
Toplam doğum sayısı					
1	59 (41.8)	37 (26.2)	96 (34)	$\chi^2=7.644$	0.006
2 ve üstü	82 (58.2)	104 (73.8)	186 (66)		
Toplam yaşayan çocuk sayısı					
Yok	58 (41.1)	36 (25.5)	94 (33.3)	$\chi^2=7.866$	0.020
1	1 (0.7)	2 (1.4)	3 (1.1)		
2 ve üstü	82 (58.2)	103 (73)	185 (65.6)		
Abortus sayısı					
Yok	122 (86.5)	128 (90.8)	250 (88.7)	$\chi^2=4.944$	0.084
1	18 (12.8)	9 (6.4)	27 (9.6)		
2 ve üstü	1 (0.7)	4 (2.8)	5 (1.8)		
Gebeliği isteme durumu					
Evet istedik/planlı gebelik	127 (90.1)	117 (83)	244 (86.5)	$\chi^2=3.041$	0.080
Hayır istemedik/plansız gebelik	14 (9.9)	24 (17)	38 (13.5)		

Tablo 3. (Devam)

Gebelikte sorun yaşama durumu					
Evet	96 (68.1)	100 (71.4)	196 (69.8)	$\chi^2=0.372$	0.542
Hayır	45 (31.9)	40 (28.6)	85 (30.2)		
Gebelikte yaşanan sorunlar*					
Bulantı	19 (20.9)	33 (34.4)	52 (27.8)	$\chi^2=42.142$	<0.001
Kusma	16 (17.6)	41 (42.7)	57 (30.5)		
Uykusuzluk	15 (16.5)	19 (19.8)	34 (18.2)		
Ambivalans duygular	16 (17.6)	28 (29.2)	44 (23.5)		
Bel ve sırt ağrıları	24 (26.4)	33 (34.4)	57 (30.5)		
Bacaklarda ödem	22 (24.2)	21 (21.9)	43 (23)		
Kanama	4 (4.4)	2 (2.1)	6 (3.2)		
Varis	23 (25.3)	15 (15.6)	38 (20.3)		
Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)	3 (3.3)	3 (3.1)	6 (3.2)		
Abortus riski	5 (5.5)	2 (2.1)	7 (3.7)		
HT (Hipertansiyon)	8 (8.8)	3 (3.1)	11 (5.9)		
Baş dönmesi	11 (12.1)	13 (13.5)	24 (12.8)		
Hipotiroidi	6 (6.6)	---	6 (3.2)		
Hipertiroidi	2 (2.2)	---	2 (1.1)		
Preeklamsi	2 (2.2)	---	2 (1.1)		
Doğum öncesi eğitim alma durumu					
Evet	113 (81.3)	109 (77.3)	222 (79.3)	$\chi^2=0.679$	0.410
Hayır	26 (18.7)	32 (22.7)	58 (20.7)		
Evet ise kimden aldınız? *					
Hekim	101 (89.4)	81 (74.3)	182 (82)	$\chi^2=17.824$	0.001
Hemşire	98 (86.7)	85 (78)	183 (82.4)		
Ebe	52 (46)	67 (61.5)	119 (53.6)		
Diğer	---	1 (0.9)	1 (0.5)		

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

**Gözlem sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılması uygun değildir.

-Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olan veriler“---“ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

-1gebe dışındaki tüm gebeler 5ve üzerinde izlem yaptırdığı için tabloda belirtilmemiştir.

-2 gebe dışında tüm gebeler 2 ve üzeri USG yaptırdığı için tabloda belirtilmemiştir.

-Tüm gebeler doğum öncesi bakım aldığı için tabloda belirtilmemiştir.

-Gebe okuluna devam eden gebe olmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 3’de kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir. Latent faz ve aktif faz grubundaki tüm kadınların %67.7’sinin multipar, %65.1’inin doğum yaptığındaki gebelik ortalaması 38-39. hafta ve ilk gebelik yaşının 22.9 ± 3.6 yıl, %66’sının 2 ve üstü doğum sayısına, %65.6’sının

2 ve üstü toplam yaşayan çocuk sayısına sahip, %88.7'sinin abortusu olmayan, %86.5'inin gebeliği isteyen/planlayan kadınlar olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınların %69.8'inin gebelikte sorun yaşadığı ve en çok yaşanan ilk üç sorunun %30.5 kusma, %30.5 bel ve sırt ağrıları ile %27.8 bulantı olduğu görülmüştür. Kadınların %99.6'sına gebeliklerinde 5 ve üzeri izlem yapıldığı ve % 100'üne ise 2 ve üzerinde USG yapıldığı, %79.3'ünün doğum öncesi eğitim aldığı ve alınan eğitimlerin %82.4'ünün hemşireden alındığı, %100'ünün doğum öncesi bakım aldığı ve gebe okuluna devam etmediği saptanmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arasında parite, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, toplam yaşayan çocuk sayısı, gebelikte yaşanan sorunlar ve doğum öncesi eğitim alınan kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte incelenen diğer obstetrik özellikleri (doğum yaptığındaki gebelik haftası ortalaması, abortus sayısı, gebeliği isteme durumu, gebelikte sorun yaşama durumu, gebelikte yapılan izlem sayısı, gebelikte yapılan USG sayısı, doğum öncesi eğitim ve bakım alma durumu, gebe okuluna devam etme durumu) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre doğum sürecinde yapılan girişimlerin ve doğum sonrası dönemde yapılan uygulamaların karşılaştırılması (n: 282)

Kadınlardaki İntrapartum Değişiklikler	Latent Faz (Erken Kabul) (n:141) n (%)	Aktif Faz (Geç Kabul) (n:141) n (%)	Genel Toplam n (%)	Test İstatistiği	p
Hastaneye geldiğinde doğumun evresi*					
Latent faz (0-3 Cm)	141 (50)	0			
Aktif faz (4-10 Cm)	0	141 (50)			
İlk vajinal muayene dilatasyon cm*					
Erken kabul (≤ 3 Cm)	141 (50)	0			
Geç kabul (≥ 4 Cm)	0	141 (50)			
Kadınların intrapartum özellikleri					
İlk vajinal muayenede doğumhaneye gelindiğindeki dilatasyon, ort, cm	2.3±0.8	6.7±1.8	4.5±2.6	t=-27.162	<0.001
Dilatasyon.....cm					
1	26 (1.4)	---	26 (9.2)		
2	42 (29.8)	---	42 (14.9)		
3	73 (51.8)	---	73 (25.9)		
4	---	18 (12.8)	18 (6.4)		
5	---	22 (15.6)	22 (7.8)	$\chi^2=282.0$	<0.001
6	---	27 (19.1)	27 (9.6)		
7	---	22 (15.6)	22 (7.8)		
8	---	26 (18.4)	26 (9.2)		
9	---	19 (13.5)	19 (6.7)		
10	---	7 (5)	7 (2.5)		

Tablo 4. (Devam)

Doğumhaneye gelindiğindeki efasman, ort, %	35.1±15.1	74±15.8	54.6±24.9	t=-21.116	<0.001
Efasman					
%10	18 (12.8)	---	18 (6.4)		
%20	13 (9.2)	---	13 (4.6)		
%30	39 (27.7)	---	39 (13.8)		
%40	43 (30.5)	9 (6.4)	52 (18.4)	$\chi^2=189.351$	<0.001
%50	10 (7.1)	4 (2.8)	14 (5)		
%60	14 (9.9)	28 (19.9)	42 (14.9)		
%70	4 (2.8)	30 (21.3)	34 (12.1)		
%80	---	34 (24.1)	34 (12.1)		
%90	---	22 (15.6)	22 (7.8)		
%100	---	14 (9.9)	14 (5)		
Efasman yüzde aralığı					
%0-40	114 (80.9)	9 (6.4)	123 (43.6)		
%50-70	27 (19.1)	62 (44)	89 (31.6)	$\chi^2=173.398$	<0.001
%80-100	---	70 (49.6)	70 (24.8)		
Doğum ağrısını giderme amaçlı analjezi uygulama					
Hayır uygulanmadı	140 (99.3)	140 (99.3)	280 (99.3)	----	---
**Epidural	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (0.7)		
Diğer ilaç kullanımı					
Evet					
Euthrox 25 mg (1 kişi)	4 (2.8)	---	4 (1.4)	---	0.122 ^F
Adalat 30 mg (3 kişi)					
Amniyotomi yapıldı mı					
Evet	---	1 (0.7)	1 (0.4)	---	---
Hayır	141 (100)	140 (99.3)	281 (99.6)		
Oksitosin/indüksiyon uygulama					
Evet	136 (96.5)	116 (82.3)	252 (89.4)	$\chi^2=14.921$	<0.001
Hayır	5 (3.5)	25 (17.7)	30 (10.6)		

Tablo 4. (Devam)

Lavman					
Evet	22 (15.6)	22 (15.6)	44 (15.6)	$\chi^2=0.000$	1.000
Hayır	119 (84.4)	119 (84.4)	238 (84.4)		
EFM monitörizasyon					
Evet (kaç kez?)	136 (96.5)	104 (73.8)	240 (85.1)	$\chi^2=28.648$	< 0.001
Hayır	5 (3.5)	37 (26.2)	42 (14.9)		
IV sıvı takılması					
Evet	141 (100)	140 (99.3)	281 (99.6)	---	---
Hayır	---	1 (0.7)	1 (0.4)		
Fundal bası yapılma durumu					
Evet	2 (1.4)	3 (2.1)	5 (1.8)	---	1.000 ^F
Hayır	139 (98.6)	138 (97.9)	277 (98.2)		
Epizyotomi					
Evet	34 (24.1)	31 (22)	65 (23)	$\chi^2=0.180$	0.671
Hayır	107 (75.9)	110 (78)	217 (77)		
Perineal yırtık (1-2-3. derece)					
Yok	125 (88.7)	129 (91.5)	254 (90.1)	$\chi^2=2.217$	0.330
1.derece (yalnızca perine)	14 (9.9)	12 (8.5)	26 (9.2)		
2.derece (perine +kas tabakası)	2 (1.4)	---	2 (0.7)		
Pospartum kanama (500 ml'den fazla)					
Evet	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (0.7)	---	---
Hayır	140 (99.3)	140 (99.3)	280 (99.3)		
Fundus masajı yapıldı mı?					
Evet	139 (98.6)	138 (97.9)	277 (98.2)	---	0.100 ^F
Hayır	2 (1.4)	3 (2.1)	5 (1.8)		

Tablo 4. (Devam)

Vajinal muayene sıklığı	4 (2-8)	2 (1-7)	4 (1-8)	U=1699.0	<0.001
Plasentanin çıkışı					
Spontan	128 (90.8)	130 (92.2)	258 (91.5)	$\chi^2=0.182$	0.067
KKT ile	13 (9.2)	11 (7.8)	24 (8.5)		
Emzirmeye başlama					
Doğumdan hemen sonra-30 dk sonra	74 (52.5)	100 (70.9)	174 (61.7)	$\chi^2=11.958$	0.018
Doğumdan 1 saat sonra	60 (42.6)	37 (26.2)	97 (34.4)		
Doğumdan 2 saat sonra	5 (3.5)	2 (1.4)	7 (2.5)		
Doğumdan 3-4 saat sonra	1 (0.7)	---	1 (0.4)		
Emzirme başlanamadı***	1 (0.7)	2 (1.4)	3 (1.1)		
Uzamış doğum eylemi					
Evet (primipar 15 st multipar 10 st fazla)	12 (8.5)	3 (2.1)	15 (5.3)	$\chi^2=5.703$	0.017
Hayır	129 (91.5)	138 (97.9)	267 (94.7)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

U: Mann-Whitney U test istatistiği

F: Fisher's Exact Testi (p değeri olmayan verilerde hesaplanmıştır). Gözlem sayısı az (<5) olduğu için karşılaştırma yapılması uygun olmaz. Yerine Fisher Exact Testi yapılmıştır.

*Frekans (Yüzde)

**2 gebeye epidural analjezi uygulandı.

*** 1 bebekte emzirme başlanamadı.

-Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar “---“ ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

-Pospartum kanama kontrolü serviste hemşireler tarafından ped kontrolü yapılarak değerlendirildi.

-Hiçbir gebeye vakum/forseps uygulanmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

- Plasenta retansiyonu hiç uygulanmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 4’de kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre doğum sürecinde yapılan girişimlerin ve doğum sonrası dönemde yapılan uygulamaların karşılaştırılması görülmektedir. Kadınların %50’sinin latent fazda, % 50’sinin aktif fazda hastaneye geldiği, ilk vajinal muayenede %50’sinin erken kabul (≤ 3 cm), %50’sinin geç kabul (≥ 4 cm) edildiği belirlenmiştir.

Doğumhaneye gelindiğinde yapılan ilk vajinal muayenedeki dilatasyon ortalamalarının latent fazdaki kadınlarda 2.3 ± 0.8 cm, aktif fazdaki kadınlarda 6.7 ± 1.8 cm olduğu ($p < 0.001$) efasman ortalamasının latent fazdaki kadınlarda 35.1 ± 15.1 , aktif fazdaki kadınlarda ise 74 ± 15.8 olduğu ($p < 0.001$) ve latent fazdaki kadınların %80.9’unun %0-40 efasman aralığında, aktif fazdaki kadınların ise %49.6’sının %80-100 efasman aralığında ve tüm kadınların %43.6’sının %0-40 efasman aralığında hastaneye geldiği belirlenmiştir ($p < 0.001$). Aynı zamanda doğum ağrısını giderme amaçlı kadınların büyük çoğunluğuna analjezi uygulanmadığı (L.F: %99.3, A.F: %99.3), amniyotomi (L.F: %100, A.F: %99.3), lavman (L.F: %84.4, A.F: %84.4) ve fundal bası yapılmadığı (L.F: %98.6, A.F: % 97.9), ilaç kullanımının olmadığı (L.F: %97.2, A.F: %100), vakum ve forseps uygulanmadığı (L.F: %100, A.F: %100), epizyotomi yapılmadığı (L.F: %75.9, A.F: %78), plasenta retansiyonu (L.F: %100, A.F: %100), perineal yırtık (1-2-3. Derece) (L.F: %88.7, A.F: %91.5) ve postpartum kanama (500 ml’den fazla) olmadığı (L.F: %99.3, A.F: %99.3), IV sıvı takıldığı (L.F: %100, A.F: %99.3), fundus masajı yapıldığı (L.F: %98.6, A.F: % 97.9) bulunmuştur. Buna ek olarak oksitosin indüksiyonu (L.F: %96.5, A.F: %82.3) ve EFM monitörizasyonun (L.F: %96.5, A.F: % 73.8) latent fazdaki kadınlarda aktif fazdakilere göre daha yüksek oranda uygulandığı belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda gruplar arasında oksitosin indüksiyonu ve EFM monitörizasyonu arasında anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), diğer özellikler (analjezi uygulaması, amniyotomi, lavman, fundal bası yapılma durumu, ilaç kullanımı durumu, vakum ve forseps uygulaması, epizyotomi, plasenta retansiyonu, perineal yırtık, postpartum kanama) açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4’de ayrıca, vajinal muayene sıklığının latent fazda 2-8, aktif fazda 1-7 olduğu, plasenta çıkışının kadınların büyük çoğunluğunda (L.F: %90.8, A.F: %92.2), spontan olduğu, doğumdan hemen sonra-30 dk sonra emzirmeye başlamanın latent fazda %52.5 aktif fazda %70.9 olduğu, uzamış doğum eyleminin kadınların çoğunda (L.F: %91.5, A.F: %97.9) olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda

gruplar arasında vajinal muayene sıklığı, emzirmeye başlama ve uzamış doğum eylemi açısından anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), diğer özellikler (doğum şekli, plasentanın çıkışı) açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Yenidoğanların bazı özelliklerinin ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılması (n: 282)

Sosyodemografik Özellikler	Latent Faz (Erken Kabul) (n:141) n (%)	Aktif Faz (Geç Kabul) (n:141) n(%)	Genel Toplam n(%)	Test İstatistiği	P
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	66 (46.8)	72 (51.1)	138 (48.9)	$\chi^2=0.511$	0.475
Erkek	75 (53.2)	69 (48.9)	144 (51.1)		
Doğum öyküsü (Neonatal hipoksi, Neonatal taşikardi)					
Yok	139 (98.6)	139 (98.6)	278 (98.6)	---	1.000 ^F
Var	2 (1.4)	2 (1.4)	4 (1.4)		
Doğum travması					
Yumuşak doku hasarı	2 (66.7)	---	2 (50)	---	1.000 ^F
İntrakranial kanama	1 (33.3)	1 (100)	2 (50)		
Düşük doğum ağırlığı (<2.5 Kg)					
Evet	1 (0.7)	6 (4.3)	7 (2.5)	---	0.120 ^F
Hayır	140 (99.3)	135 (95.7)	275 (97.5)		
Apgar<7 Puan 1. dk					
Evet	2 (1.4)	2 (1.4)	4 (1.4)	---	1.000 ^F
Hayır	139 (98.6)	139 (98.6)	278 (98.6)		
Apgar<7 Puan 5. dk					
Evet	---	1 (0.7)	1 (0.4)	---	---
Hayır	141 (100)	140 (99.3)	281 (99.6)		
YDYBÜ'ne Gönderilme Durumu					
Evet	2 (1.4)	---	2 (0.7)	---	---
Hayır	139 (98.6)	141 (100)	280 (99.3)		
Yenidoğan resusitasyona ihtiyaç durumu					
Evet	1 (0.7)	---	1 (0.4)	---	0.489 ^F
Hayır	140 (99.3)	141 (100)	281 (99.6)		
Fizik muayene					
Ağırlık ort	3250 (2440–4655)	3180 (860–25350)	3205 (860–25350)	U=8828.0	0.104
Boy ort	50 (46.5–55)	50 (34–53)	50 (34–55)	U=8699.0	0.066
Baş çevresi ort	35 (32–37)	34 (26.5–37)	34,5 (26.5–37)	U=7850.5	0.002

F: Fisher's Exact Testi (p değeri olmayan verilerde hesaplanmıştır) Gözlem sayısı az (<5) olduğu için karşılaştırma yapılması uygun olmaz. Yerine Fisher Exact Testi yapılmıştır.

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

U: Mann-Whitney U test istatistiği

-Neonatal hipoglisemi hiçbir yenidoğanda görülmediği için tabloda belirtilmemiştir.

-Kordon dolanması-düğümlemesi hiçbir yenidoğanda görülmediği için tabloda belirtilmemiştir.

Mekonyum aspirasyonu hiçbir yenidoğanda görülmediği için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 5’de yenidoğanların bazı özelliklerinin ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılması görülmektedir. Yenidoğanların %51.1’ inin erkek, %98.6’sının doğum öyküsü olmayan (neonatal hipoksi, neonatal taşikardi), doğum travması olanların %50’inin yumuşak doku hasarı, %50’inin intrakranial kanama olduğu, büyük çoğunluğunun düşük doğum ağırlığı (<2.5 kg) (L.F: %99.3, A.F: %95.7) olmadığı belirlenmiştir.

Yenidoğanların Apgar<7 puan 1. dk (L.F: %98.6, A.F: % 98.6) ve Apgar<7 puan 5. dk (L.F: %100, A.F: %99.3) olmadığı, YDYBÜ’ne gönderilmediği (L.F: % 98.6, A.F: %100), neonatal hipoglisemi olmadığı (L.F: %100, A.F: %100), yenidoğan resusitasyona ihtiyaç olmadığı (L.F: %99.3, A.F: %100) bulunmuştur.

Yenidoğanların fiziksel özellikleri incelendiğinde ağırlık ortalamasının 3205 gr [L.F: 3250 gram (gr), A.F: 3180 gr], boy ortalamasının 50 cm (L.F: 50 cm, A.F: 50 cm), baş çevresi ortalamasının 34.5 cm (L.F: 35 cm, A.F: 34 cm) olduğu ve yenidoğanların hiçbirinde kordon dolanması/düğümlemesi ve mekonyum aspirasyonu görülmediği tespit edilmiştir.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda gruplar arasında baş çevresi açısından anlamlı fark olduğu bulunurken ($p<0.05$), diğer özellikler (cinsiyet, doğum öyküsü, doğum travması, düşük doğum ağırlığı, Apgar<7 Puan 1. dk, Apgar<7 Puan 5. dk, YDYBÜ’ne gönderilme durumu, neonatal hipoglisemi, yenidoğan resusitasyona ihtiyaç durumu, yenidoğanın ağırlık ve ortalaması, boy ortalaması, kordon dolanması/düğümlemesi, mekonyum aspirasyonu) açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre travay sürelerinin karşılaştırılması (n: 282)

Travay Süresi	Latent Faz (Erken Kabul)	Aktif Faz (Geç Kabul)	Genel Toplam	Test İstatistiği	P
1. Evrenin süresi (Servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanması) (4-10cm)	335 (60–840)	105 (0–1080)	230 (0–1080)	U=-9.496	<0.001
Doğumun latent evresinin süresi (3 cm dilatasyona kadar geçen süre, dk)	226.1±279	0±0	113.1±227.2	t=9.627	<0.001
Doğumun aktif evresinin süresi (4 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dk)	335 (60–840)	105 (0–1080)	230 (0–1080)	U=-9.496	<0.001
Doğumhaneye gelişten membranların açılmasına kadar geçen süre	369.5 (86.8–944.8)	122.7 (-0.2–1133.6)	270.8 (-0.2–1133.6)	U=3326.000	<0.001
Membranların açılmasından sonra doğuma kadar geçen süre dakika	108.1 (18.1-985.2)	8.2 (1-23.1)	23.1 (1-985.2)	U=36.000	<0.001
Travayda kalış süresi (1 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyonakadar geçen süre, dk)	450 (90–1680)	95 (0–1050)	270 (0–1680)	U=-11.636	<0.001
2. Evrenin süresi (Servikal dilatasyonun tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar) (10 cm'den bebeğin doğumuna kadar)	28.7±11.8	22.9±13.2	25.8±12.8	t=3.856	<0.001
3.Evrenin süresi (Bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin atılması) (plasentanın doğumu)	15 (4–30)	11 (5–40)	13 (4–40)	U=-3.990	<0.001
Doğum süresi (Servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanmasından plasentanın doğuma kadar)	380 (90–960)	136 (14–1140)	285 (14–1140)	U=-9.674	<0.001
Hastanede kalış süresi	29 (22–52)	24 (2.7–48)	25 (2.7–52)	U=-10.763	<0.001

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

U: Mann-Whitney U test istatistiği

Tablo 6'de kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre travay sürelerinin karşılaştırılması görülmektedir. Doğumun 1. evresinin süresi (L.F: 60–840 dk, A.F: 0–1080 dk), latent evresinin süresi (L.F: 226.1±279 dk, A.F: 0±0 dk), aktif evresinin süresi (L.F: 60–840 dk, A.F: 0–1080 dk), doğumhaneye gelişten membranların açılmasına

kadar geçen süre (L.F: 369.5 dk, A.F: 122.7 dk), membranların açılmasından sonra doğuma kadar geçen süre (L.F: 108.1, A.F: 8.2), travayda kalış süresi (L.F: 90–1680 dk, A.F: 0–1050 dk), 2. evresinin süresi (L.F: 28.7±11.8 dk, A.F: 22.9±13.2 dk), 3. evrenin süresi (L.F: 4–30 dk, A.F: 5–40 dk), doğum eyleminin süresi (L.F: 90–960 dk, A.F: 14–1140 dk) ve doğumdan sonra hastanede kalış süresi (L.F: 22–52 saat, A.F: 2.7–48 saat) latent fazdaki kadınlarda aktif fazdaki kadınlara göre daha yüksek oranda bulunurken, gruplar arasında da anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7. Kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre Doğum Duygulanım Ölçek puanı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 282)

Sosyodemografik Özellikler	Latent Faz (Erken Kabul)	Aktif Faz (Geç Kabul)	Genel Toplam	Test İstatistiği	P
Doğum Duygulanım Ölçek puanı	102 (74–170)	114 (93–170)	111 (74–170)	U=6283.5	<0.001

U: Mann-Whitney U test istatistiği

Tablo 7’de kadınların doğum salonuna kabul edilme zamanına göre Doğum Duygulanım Ölçek puanı ortalamasının karşılaştırılması görülmektedir. Ölçek puanı ortalamasının latent fazda başvuran kadınlarda 102, aktif fazda başvuran kadınlarda ise 114 olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Doğum eylemindeki kadınların doğumhaneye geliş zamanları, anne-bebek sağlığı açısından önemli olup, erken kabul edilen kadınlarda intrapartum müdahale (oksitosin indüksiyonu, amniyotomi gibi) ve sezaryen oranlarının daha fazla olduğu bilinmektedir (25-28). Bu bölüm, doğum eyleminde doğumhaneye geliş zamanının maternal ve neonatal sonuçlarını tartışmak üzere yazılmıştır.

Bu çalışmada latent faz ve aktif faz grubundaki kadınların yaş ortalaması 28.2 ± 5.6 yıl, çoğunluğunun 21-29 yaş aralığında yer aldığı, ortaokul-lise mezunu olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, il merkezinde yaşadığı, orta gelir düzeyinde yer aldığı, fazla kilolu olduğu, bir sağlık güvencesine sahip oldukları ve bu özellikler açısından homojen özellik gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuçlar grupların karşılaştırılabilir olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Ancak latent faz ve aktif faz grupları aile yapısı açısından homojen özellik göstermemektedir. Aktif faz grubunda geniş aile yapısına sahip olan kadınların daha fazla olması, doğum salonuna başvurmayı etkiliyor olabilir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ortaokulu tamamlayan kadınların oranı %20, lise ve üzerinde eğitim gören kadınların oranı ise %41'dir. Aynı çalışmada insanların %26.2'sinin kentlerde yaşadığı, kadınların %64'ünün çalışmadığı, %89' un Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kadınların yaşa özel toplam doğurganlık hızının en yüksek 25-29 yaş aralığında olması, BKİ 27.3 kg/m^2 olması araştırma bulgularını desteklemektedir (81). Yapılan diğer çalışmalarda da yaş, herhangi bir işte çalışmama, sağlık güvencesi, gelir düzeyi ve yaşanan yer sonuçları araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir (56, 82).

Bu çalışmada latent faz ve aktif faz grubundaki kadınların bazı obstetrik özellikleri (kadınların ilk gebelik yaşının 22.9 ± 3.6 yıl ve çoğunluğunun multipar olduğu, 38-39. gebelik haftalarında doğum yaptığı, abortusun olmadığı, isteyerek gebe kaldıkları, gebeliğinde bir sorun yaşadığı, beş ve üzerinde izlem yaptırdığı, doğum öncesi eğitim aldığı, iki ve üzerinde USG yaptırdığı, doğum öncesi bakım aldığı ve gebe okuluna devam etmediği) açısından homojen özellik gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 3). Bununla birlikte doğum salonuna aktif fazda başvurmayı; multipar olma, ilk gebelik yaşının küçük olması, toplam doğum sayısının iki ve üstü olması ve gebelikte kusma sorunu yaşama gibi bazı obstetrik faktörlerin etkilediği söylenebilir ($p < 0.005$) (Tablo 3). Literatürde yapılan çalışmalarda da paritenin (5), gebeliği isteme durumunun (33), gebelikte sorun yaşama ve

yaşadığı sorunların (kusma, bel ve sırt ağrısı, bulantı) (56) doğum salonuna başvuru zamanını etkilediği bildirilmektedir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak gebelik haftası da doğum salonuna başvuru zamanını etkileyen bir diğer faktör olarak bildirilmektedir (5, 83). Bu kapsamda çalışma sonuçları ve literatür göz önünde bulundurulduğunda doğum salonuna başvuru zamanını etkileyen obstetrik faktörlerin hemşireler tarafından gebelik izlemlerinde kadınlara öğretilmesi, gebelerin doğum öncesi eğitim almasının desteklenmesi ve gebe okullarına devam etmesinin sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Gebelik kadınlar için doğal bir süreç olsa da kadını biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkileyen karmaşık bir süreçtir. Bu doğal süreçte kadında gerçekleşen yapısal ve işlevsel değişiklikler hemşireler tarafından tedavi gerektirmediği düşünülen hafif rahatsızlıklar olarak değerlendirilse de kadının bedensel sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (4). Bu çalışmada latent faz ve aktif faz grubundaki kadınların gebeliklerinde sorun yaşama durumları benzer bulunmuş olsa da ($p>0.05$), yaşanan sorunlar açısından anlamlı fark olduğu ve en sık yaşanan ilk üç sorunun sırasıyla kusma (%30.5), bel ve sırt ağrısı (%30.5) ve bulantı (%27.8) olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 3). Doğumhaneye kabul zamanının doğum eylemi sürecine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada gebelerde karşılaşılan ilk üç sorunun bulantı/kusma (%27.1), idrar yolu enfeksiyonu (%25.4) ve ağrı/kasılma (%18.6) olduğu ifade edilmektedir (56). Kadınların gebelik döneminde yaşadığı olağan fiziksel yakınmaların araştırıldığı bir çalışmada ise gebelerde en sık görülen ilk üç sorunun sık idrara çıkma (%62.4), sırt ve bel ağrısı (%41.5) ve vajinal akıntı (%37.3) olduğu belirtilmektedir (84). Çalışma bulgularımızdan ve literatür sonuçlarından yola çıkarak, gebelik döneminde yaşanan sorun çeşitliliğinin fazla olduğu söylenebilir. Bu anlamda hemşireler gebeyi, yaşanan sorunlar konusunda bilgilendirmesi ve desteklemesi, onlara sorunlarla baş edebilmeyi öğretmesi, gebelik sürecinin daha sağlıklı olmasına ve dolayısıyla doğumhaneye geç başvurmaya olumlu etki edeceği düşünülmektedir.

Doğuma hazırlık eğitimlerinde amaç, kadınların doğum hakkında bilgilendirilmek ve kadını hem fiziksel hem de ruhsal olarak doğum için hazırlamaktır(85).Bu alanda eğitilen hemşireler doğumun en iyi şekilde gerçekleşebilmesi adına gebeyi ve ailesini bilgilendirmektedir (85). Bu çalışmada latent faz ve aktif faz grubunda bulunan kadınların çoğunluğunun doğum öncesi eğitim aldığı, gruplar arasında bu bakımdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.410$) (Tablo 3). Yine bu çalışmada doğum öncesi eğitim alan

latent faz grubundaki kadınların eğitimlerini hekimden (%89.4), aktif faz grubundaki kadınların ise eğitimlerini hemşireden (%82.4) aldığı belirlenmiştir ($p=0.001$) (Tablo 3). Bununla birlikte eğitimin alındığı sağlık personelindeki farklılık kadınların doğum salonuna aktif veya latent fazda başvurusunu etkilemektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$) (Tablo 3). Çalışmaya dahil olan kadınlar hemşirelere merak ettikleri konuları daha rahat sorduklarını ve sorularının cevaplarını daha ılımlı ve net olarak aldıklarını, eğitimlerde hemşirelerle daha uzun süre vakit geçirdiklerini ve bu süre içerisinde önerildiği üzere doğumhaneye geç başvurmalarının faydalarını daha iyi kavrayabildiklerini ve hastaneye de geç olarak başvurduklarını ifade etmektedirler. Örneğin gebe eğitim sınıflarında verilen antepartum eğitimin doğum şekline etkisini araştıran bir çalışmada; bu sınıflarda verilen eğitimler sayesinde gebelerde özgüven geliştiği ve doğumhaneye ≥ 3 cm servikal açıklığı ile başvurma oranlarının arttığı ve gebe eğitim sınıflarında eğitim alamayan gebelere oranla normal doğum sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (86). Balçık (2014)'ın çalışmasında, latent fazdaki kadınların doğum öncesi eğitim aldığı kişinin çoğunlukla ebe (%89.5), aktif fazdaki kadınların doğum öncesi eğitim aldığı kişinin ise çoğunlukla hemşire (%42.9) olduğu görülmektedir (56). İncelenen çalışmalardan varılan sonuçlarda bu çalışmadan farklı olarak kadınların doğum öncesi eğitimleri daha çok %58.4 hekimden yakın bir değer ile de %57.14 ebe/hemşireden (87), %7.3 kitaplardan aldığı belirtilmektedir (82, 87). Müdahalesiz doğumu hedefleyen kadınların dahil edildiği bir çalışmada ise kadınların hemşirelerden aldığı eğitimin, müdahale oranını azaltmada etkili olduğu ifade edilmektedir (88). Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak, hemşirelerin doğum öncesi dönemde verdikleri eğitim ve bilgi desteğinin doğum sürecini etkilediği sonucuna varılabilir. Bu anlamda doğum öncesi dönemdeki kadına, hemşireler tarafından doğumhaneye geç veya erken başvurunun etkileri hakkında verilecek eğitimin etkili sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir.

Doğum eylemindeki kadınların doğumhaneye kabulünün yapılabilmesi için gerekli koşullar; servikal efesmanın gerçekleşmiş olmasına ek olarak servikal dilatasyonun da en az 3-4 cm olması ve spontan bir şekilde membran rüptürünün gerçekleşmesi gerektiği şeklinde belirtilmektedir (3, 23). Bu çalışmada kadınların ilk vajinal muayenelerindeki dilatasyon ortalamalarının latent faz grubunda 2.3 ± 0.8 cm, aktif faz grubunda ise 6.7 ± 1.8 cm, efesman ortalamalarının ise latent faz grubunda $\%35.1 \pm 15.1$, aktif faz grubunda $\%74 \pm 15.8$ olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları, dilatasyon ve efesman özellikleri açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<0.001$) (Tablo 4).

DSÖ ve NICE, spontan doğum eylemi başlamış düşük riskli kadınlarda doğumhaneye başvurunun aktif faza kadar ertelenebileceğini ifade etmektedir (8, 9). Benzer şekilde Bailit ve ark. (2005)'nin çalışmasında da dilatasyon ortalamalarının latent fazdaki kadınlarda 2.7 cm, aktif fazdaki kadınlarda ise 5.6 cm olduğu belirtilmektedir (30). Yine Küçük (2020)'ün yapmış olduğu çalışmada da kadınların doğumhaneye başvurusu sırasında dilatasyon ortalamasının 3.69 ± 1.818 cm olduğu ve çoğunluğunun doğumhaneye aktif fazda başvurduğu (%55.8'i) ifade edilmektedir (76). Benzer şekilde doğum salonuna erken ve geç kabulün karşılaştırıldığı çalışmalarda da ilk vajinal muayenelerindeki dilatasyon ortalamalarının latent faz grubunda/erken kabulde 2-4 cm, aktif faz grubunda/geç kabulde ise 3-6 cm arasında olduğu ve efesman ortalamalarının yer almadığı belirtilmektedir (5, 25, 27, 28, 31, 54).

Doğum sürecinde yapılan müdahaleler (EFM, vajinal muayene vb.), uygun şekilde uygulandığında hayat kurtarıcı olsalar da ayırım yapılmadan, endikasyon olmadan rutin olarak kullanıldıklarında normal fizyolojik doğumu bozarak hem annenin hem de bebeğin hayatını riske atmaktadırlar (35). Oysa DSÖ, ACOG, NICE ve Lamaze farklı yıllarda yayımladığı rehberlerde, doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak duygusal ve fiziksel olarak desteklenmesini, annelere hareket serbestliği verilmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmaması gerektiğini, doğal ve aktif ıkınma tekniklerinin tercih edilmesini, doğum sonrasında ise anne bebek birlikteliğinin sağlanarak emzirmeye teşvik edilmesini önermektedir (8, 13, 14, 16). Çünkü doğum eylemi sürecindeki girişimlerin, doğumu gerçekleştirmenin yalnızca güvenli değil aynı zamanda kadınlar ve onların destekçileri, aileleri için olumlu bir deneyim olmasını sağlama açısından büyük önemi vardır (59). Bu çalışmada bazı intrapartum girişimler açısından (amniyotomi, ilaç kullanımı, IV sıvı takılması, fundal bası yapılması, vakum, forseps, epizyotomi, perineal yırtık, plasenta retansiyonu, pospartum kanama, fundus masajı gibi) gruplar arasında fark olmadığı ($p > 0.05$); ancak latent fazda doğumhaneye başvuran kadınlara aktif fazda başvuran kadınlara oranla daha fazla müdahale (oksitosin indüksiyonu, EFM, ilaç kullanımı, IV sıvı takılması, epizyotomi) uygulandığı görülmektedir (Tablo 4). Bu bulgu doğrultusunda “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre intrapartum girişim uygulanması daha fazladır.” H_0 hipotezi, çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmemiştir. Literatürde hastaneye geliş zamanının doğum şekline, intrapartum müdahalelere ve maternal/neonatal sonuçlara etkisini görmek amacıyla yapılan bir

çalışmada, doğumhaneye latent fazda başvuran kadınların daha fazla intrapartum müdahaleye maruz kalmaları ve sezaryan oranlarının daha fazla olduğunun belirtilmesi çalışma bulgumuzu desteklemektedir (5). Konu ile ilgili yapılan Cochrane sistematik derlemesinde doğumhaneye kabulü erken yapılan kadınların travay süresinin uzadığı, intrapartum analjezi ve oksitosin gereksiniminin daha fazla olduğu ve kadınların kontrol duygularını daha az hissettikleri bildirilmektedir (25). İncelenen diğer çalışmalarda da, doğumhaneye latent fazda başvuran kadınların aktif fazda başvuran kadınlara oranla doğumhanede daha fazla zaman geçirdikleri, daha fazla obstetrik girişime (vakum, forseps, lavman, fundal basınç, EFM, lavman, epizyotomi, amniyotomi, epidural analjezi, intrapartum analjezi, oksitosine olan gereksinim vb.) maruz kaldıkları, müdahalelerin sayısı arttıkça doğumun süresinin ve operatif doğum ve sezaryen oranının da arttığı belirtilmektedir (5, 25, 27-31, 54, 65-68). Norveç'te doğumhanedeki ebelerin, doğumun erken evresindeki kadınlarla olan iletişimini değerlendirdiği bir çalışmada, kadınların gereksiz obstetrik girişimlere maruz kalmalarını önlemek için doğumhaneye geç başvurmaları gerektiği önerilmektedir (89). Günümüzde yüksek oranda gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin kadınların doğum deneyimlerini olumsuz etkilediği, memnuniyet düzeylerinin düştüğü ve bu nedenle yapılacak müdahaleye karar vermeden önce “zarar vermeme” ilkesinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (34). Çalışma bulgumuzdan ve literatür sonuçlarından da destek alarak, doğumhaneye erken başvurunun intrapartum süreçte daha fazla müdahaleye maruz kalma riskini artırdığı, ana-çocuk sağlığını riske attığı ve memnuniyet sonuçlarını olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu bakımdan, doğum öncesi dönemde hemşireler tarafından sağlanacak eğitimler ile bilgilendirme desteği, anne dostu hastane uygulamalarının yaygınlaştırılması (90) geliştirilecek standart rehberler, sağlık politikaları ve işbirlikçi bakım ile spontan başlayan ve düşük riskli olan gebelerin doğumhaneye geç başvurmalarının sağlanacağı düşünülmektedir.

Doğum eylemini, başlatmak, hızlandırmak ve sonlandırmak için farmakolojik ilaçların yanı sıra diğer mekanik yöntemlerin kullanılmasına doğum indükdiyonu denir (91, 92). DSÖ, FIGO, Lamaze ve CIMS doğumun kendiliğinden başlamasını, endikasyonu olmadan indüksiyon uygulanmamasını önermektedir (93-96). Ülkemizde anne dostu hastane uygulamaları da *“tıbbi gereklilik olmadığı sürece bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen uygulamaların rutin olarak uygulanmaması ve indüksiyon uygulamasının ise %10 veya daha az olması gerektiğini”* belirtmektedir (90). Oksitosin, doğum eylemini

hızlandırma ve başlatmada en yaygın olarak kullanılan farmakolojik ajandır (96). DSÖ, doğumda gecikmeyi önlemek amacı ile oksitosin uygulamasını önermemekte (9), buna rağmen gelişmiş ülkelerde indüksiyon kullanımının gelişmekte olan ülkelere oranla daha sık olduğunu da belirtmektedir (88, 97-99). İndüksiyon uygulamasının Türkiye’de %20-%87.3, (34, 47, 100, 101), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de %24.5 (102) ve Avrupa’da ise %6.8-%33 arasında değiştiği bildirilmektedir (103). Bu çalışmada ise latent fazda doğumhaneye başvuran kadınlara aktif fazda başvuranlara oranla daha fazla oksitosin indüksiyonu uygulandığı görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4). Anant ve ark. (2013), Hindistan’da doğumhaneye kabulde servikal dilatasyonu <4 cm ve ≥ 4 cm olan kadınların doğum sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmada <4 cm servikal dilatasyon ile doğumhaneye kabul edilen kadınlarda amniotomi, sezaryan ve müdahaleli doğum oranlarının yanı sıra oksitosin uygulamasının da daha yüksek olduğunun bildirilmesi çalışma sonucunu desteklemektedir (104). Benzer şekilde doğumhaneye kabulü geciktirmenin kadınlar açısından etkilerini inceleyen farklı iki çalışmada ise doğumhaneye geç kabulü (aktif fazda) yapılan kadınların intrapartum analjezi ve oksitosine olan gereksinimin daha az olması da çalışma bulgularını destekler niteliktedir (25, 104). İncelenen diğer çalışmalarda da doğumhaneye latent evrede başvuran kadınlara aktif evrede başvuran kadınlara oranla daha fazla oksitosin uygulaması yapıldığı belirtilmektedir (27, 30, 56, 69, 105). Sonuç olarak, uygun olmayan kullanım durumunda çeşitli yan etkileri bulunan oksitosin indüksiyonunun, sadece tıbbi gereklilik durumunda kullanılması ve bu hedefe ulaşmak için doğum eylemine kadın merkezli yaklaşılması, kadınların doğum eylemine aktif evrede başvurmasını sağlayacak antenatal eğitimleri gebe sınıflarında hemşireler tarafından alması ve “Anne Dostu Hastane Programı” gibi sağlık protokollerinin desteklenmesi ile indüksiyon oranının azalacağı düşünülmektedir.

Sürekli EFM’nin fetüsü yakın takip etme ve riskli olan durumu erkenden belirleyip müdahale etme gibi faydaları olmasına rağmen (4, 20), uzun süre aynı pozisyonunda kalmaya bağlı olarak hareket kısıtlılığına yol açması, doğum ağrısıyla etkin mücadele edememeye neden olarak doğum eyleminin uzamasına, sezaryan gibi tıbbi müdahalelerin artmasına neden olduğu bilinmektedir (106). ICSI sürekli EFM ve aralıklı oskültasyon arasında intrapartum fetal mortalite, Apgar skorları, yoğun bakıma kabul, serebral palsy ve bebekte herhangi bir nörolojik bozukluk görülmesi arasında bir farklılığın olmadığını belirtmektedir (20). ACOG ise sürekli EFM’yi aralıklı oskültasyona oranla düşük riskli gebelerde perinatal ölüm ve serebral palsiyi önemli ölçüde etkilemediği, kadınların hareket

özgürlüğünü kısıtladığı için önermemektedir. Sürekli EFM yerine, “uygun ve güvenli alternatif” olarak aralıklı oskültasyonu önermektedir (56). Bu çalışmada, latent fazda doğumhaneye başvuran kadınlarda aktif fazda başvuranlara oranla daha fazla sürekli EFM uygulandığı görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 4). Gebelerin doğumhaneye kabul süresinin doğum süreci ve müdahalelere etkisini araştıran bir çalışmada, doğumun latent fazında doğumhaneye başvuran kadınlarda EFM oranı %87 iken aktif fazında başvuran kadınlarda bu oranın %76.5 olduğu bildirilmektedir (56). Hastaneye yatış zamanlaması ve doğumun ilerlemesini inceleyen bir araştırmada da doğumhaneye latent fazda kabul edilen kadınlara daha fazla EFM uygulandığı ifade edilmektedir (70). Bir başka çalışmada ise, doğumhaneye latent ve aktif fazda başvuran kadınların tamamına EFM uygulamasının yapıldığı ve yapılan bu uygulamayı kadınların büyük çoğunluğunun (%99.1) bebeklerinin kalp seslerini duymasını sağladığı için istedikleri belirtilmektedir (45). Bununla birlikte doğumhaneye erken ve geç kabul edilen kadınların doğum şekli ve kadınlara yapılan intrapartum müdahalelerin araştırıldığı diğer çalışmalarda ise EFM uygulaması sıklığına yer verilmemiştir (66, 67, 71, 107). Ancak doğumhaneye kabulde fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için sürekli EFM ve aralıklı oskültasyon arasındaki farkı inceleyen dört Cochrane sistematik incelemesinde ise, sürekli EFM uygulanan kadınlarda sezaryan (108, 109) ve müdahaleli doğum (109) oranlarının daha fazla olduğu, erken neonatal nöbet oranının ise yarıya indiği (16, 108, 109) ancak perinatal ölüm (16, 108), serebral palsy (16, 108), Apgar skorları (36, 109), YDYBÜ’ne kabul (109), analjezi kullanımı (108), kord kanı asidozu (108) oranlarında anlamlı farklılıkların olmadığı belirtilmektedir (16, 36, 108, 109). Çalışma sonuçlarından yola çıkarak doğumhaneye geç başvurunun EFM sıklığını azaltmada etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

DSÖ, doğum eyleminde vajinal muayene sıklığının aktif faz süresince dört saatte bir uygulanmasını, NICE ve ABD Uluslararası Kalkınma Birliği (USAID) ise doğum eyleminin ilk evresinde rutin olarak 4 sa aralıklarla vajinal muayene uygulanmasını önermektedir (9, 10, 110). Bu çalışmada ise doğumhaneye latent fazda başvuran kadınlara aktif fazda başvuranlara oranla daha fazla vajinal muayene yapıldığı görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 4). Türkiye’de yapılan çalışmalarda doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının %54.4-%71.3 arasında değiştiği (47, 111), uluslararası çalışmalarda ise %52-%86.9 arasında uygulandığı gösterilmektedir (112, 114). Bununla birlikte doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını inceleyen bir çalışmada, doğumhaneye latent fazda başvuran kadınlara 5 ve üzerinde, aktif

fazda başvuran kadınlara ise 1-4 kez vajinal muayene yapıldığı belirtilmektedir (76). İntrapartum dönemde KDU'da doğum yapan kadınların tercihlerinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise aktif ve latent fazdaki tüm kadınlara vajinal muayene yapıldığı ve büyük çoğunluğunun (%49.5) 30 dakikada bir yapıldığı ancak kadınların çoğunluğunun (%44.3) 2 saat ara ile yapılmasını tercih ettikleri ifade edilmektedir (47). Literatür bilgileri ve çalışma sonuçlarımızdan yola çıkarak doğumhaneye latent fazda başvurma'nın vajinal muayene sıklığını arttırdığı sonucuna varılabilir.

Normal doğumun latent fazının uzunluğu 2 ile 20 sa arasında değişmektedir (114). Uluslararası pek çok klinisyen, Friedman'ın latent fazın nulliparlarda 20 sa'ten multiparlarda ise 14 sa'ten fazla sürmesini uzamış latent faz olarak değerlendirdiği tanımını kullanmaktadır (115). İsveç tanı sınıflandırmalarına göre, pariteden bağımsız olarak latent fazın 18 saatten fazla sürmesi uzamış latent faz olarak kabul edilmektedir (96). Bununla birlikte DSÖ, travayın izlenmesinde, uzamış travayın erken tanınmasına olanak sağlaması amacı ile partograf kullanımını önermektedir (9). Bu çalışmada partograftan faydalanılarak elde edilen veriler doğrultusunda, latent fazda doğumhaneye başvuran kadınlarda aktif fazda başvuranlara oranla daha fazla uzamış doğum eylemi olduğu görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 4). Literatürde latent fazın uzadığı doğumlarda (nullipar kadınlar için >12 saat ve multipar kadınlar için >6 saat olarak ele alındı), doğumhaneye latent fazda kabul edilen kadınların doğum süresinin aktif fazda kabul edilenlere göre önemli ölçüde daha uzun olduğu, sezaryen doğum insidansının arttığı, mekonyum aspirasyonu, düşük Apgar puanı ile ilişkili olduğu ve neonatal resüsitasyon ihtiyacının arttığı kadınların tıbbi müdahalelere daha sık maruz kaldığı ve bu süre arttıkça ebelik desteğine ihtiyaçlarının da arttığı belirtilmektedir (72, 114, 116, 117). Benzer şekilde doğumhanede yapılan müdahalelerin doğum süreci ve yenidoğana etkilerini araştıran başka bir çalışmada ise latent fazda doğumhaneye başvuran kadınlarda doğumun ikinci evresinin süresinin uzadığı bildirilmektedir. Bunun sebebi ise doğumun birinci evresinde yapılan müdahaleler olarak ifade edilmektedir (73). Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda doğum eylemi süresinin uzamasının sebebi olarak erken süreçte doğumhaneye kabul edilen kadınlara daha fazla müdahale edilmesinden dolayı doğal sürecin (hormonal dengenin) bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (56). Hemşireler tarafından, uzamış doğum probleminin üstesinden gelmek için tam bir öykü alınmalı, düzenli kasılmaların başlangıcı, sıklığı, şiddeti ve kasılma süresi hakkında soru

sorulmalı, ayrıca geçmiş obstetrik öykü ve doğum öncesi olaylar araştırılmalı ve fizik muayene yapılmalıdır (118).

Ulusal ve uluslararası kuruluşlar, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede tene temasın ve emzirmenin başlatılmasını, bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini ve yedinci aydan itibaren ek gıdalara başlanarak, emzirmenin iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (9, 10, 90, 110, 111). Ancak bu önerilere rağmen TNSA 2018 sonuçlarına göre doğumdan hemen sonra emzirmeye başlama oranı %71 ve ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme oranı ise %41'dir (81). Bu çalışmada aktif fazda doğumhaneye başvuran kadınlarda latent fazda başvuranlara oranla emzirmenin daha erken başladığı görülmektedir ($p<0.018$) (Tablo 4). Benzer şekilde doğum salonuna latent ve aktif fazda kabul edilmenin obstetrik sonuçlarını inceleyen bir çalışmada, latent fazdaki kadınlarda ilk 30 dakika içinde emzirmeye başlama süresinin daha uzun olduğu görülmektedir (74). Doğumhanede yapılan müdahalelerin doğum süreci ve yenidoğan sağlığına etkisini araştıran bir çalışmada ise doğumhaneye erken kabul edilen kadınların yenidoğanlarında emme gücü ve yoğun bakım ihtiyacının geç kabul edilenlere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (73). Yapılan bir başka çalışmada da doğumhaneye aktif fazda başvuran kadınların latent fazdakilere göre daha erken emzirmeye başladığı görülmektedir (74). Emzirmeye başlama zamanı yerine emzirmeye devam etme süresinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise intrapartum müdahalelere fazla oranda maruz kalan kadınların emzirme sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmektedir (120). Bu çalışmada da latent fazda doğumhaneye başvuran kadınların daha fazla intrapartum müdahaleye maruz kaldıkları ve bu müdahalelerden etkilenen kadınların emzirmeye başlama sürelerinin aktif fazdakilerden daha geç olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Hem bu çalışma sonucundan hem de yapılan diğer çalışmalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda latent fazdaki kadınların aktif fazdaki kadınlara göre intrapartum müdahalelere daha fazla maruz kaldıkları, doğum eylemin süresinin (73) ve hastanede kalış süresinin uzamadığı ve tüm bu süreçlerin yorgunluklarını artırması dolayısıyla daha geç sürede emzirmeye başladıkları, söylenebilir. Bu nedenle kadınların aktif faza kadar doğumhaneye kabullerinin geciktirilmesi emzirmeye daha erken başlayabilmek için hem maternal hemde neonatal açıdan faydalı olabileceği sonucuna varılabilir.

Termde doğmuş, tonusu iyi ve solunum çabası yeterli olan bebekler sağlıklı doğmuş kabul edilmektedir (8). NICE, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede anne

ve bebek temasını önermekle birlikte 1. ve 5. dk Apgar skorunun değerlendirilmesini, 1 saat içinde bebeğin tartma, ölçme, banyo gibi işlemlerin tamamlanıp anne-bebek birlikteliği sağlanarak emzirmenin gerçekleştirilmesini ve fiziksel anormalliğin tespiti için rutin muayenelerin yapılmasını (ten, renk, solunum, duruş, bacaklar, gözler, kalp, refleksler vb.) da tavsiye etmektedir (8). Bu çalışmadaki yenidoğanların çoğunun (%51.1) cinsiyetinin erkek olduğu, doğum öyküsü (neonatal hipoksi, neonatal taşikardi), doğum travması (yumuşak doku hasarı, intrakranial kanama), düşük doğum ağırlığı (<2.5 kg), 1. ve 5. dk Apgar puanı <7 olmadığı, YDYBÜ'ne gönderilmediği, neonatal hipoglisemi, kordon dolanması ve mekonyum aspirasyonu olmadığı, ortalama 3205 gr ağırlığında ve 50 cm boyunda oldukları ve bu özellikler açısından gruplar arası bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Ancak latent fazda başvuran kadınların yenidoğanlarının baş çevresinin aktif fazda başvuranlara oranla daha büyük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5). Bu durum latent fazdaki kadınların doğumhaneye geliş zamanlarını etkileyebilir. 1. ve 5. dk Apgar puanları açısından yenidoğanlar arasında anlamlı bir fark olmaması nedeniyle “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının Apgar Puanları geç (aktif fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanlarına göre daha düşüktür.” H_0 hipotezi, çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmemiştir. Doğumhaneye doğrudan ve geciktirilmiş kabulün doğum eylemi süresi ve maternal ve neonatal açıdan sonuçlarını inceleyen Cochrane sistematik derlemesinde doğrudan kabul ile geciktirilmiş kabul edilen gebelerin yenidoğan Apgar puanları ve YDYBÜ'ne gönderilme durumu arasında anlamlı fark olmaması çalışma bulgularını desteklemektedir (107). Benzer şekilde Balçık (2014)'ın çalışmasında da yenidoğanların ağırlık ortalamasının 3251.59 ± 412.47 gr olduğu, boy ortalamasının 49.66 ± 1.38 cm olduğu, Apgar 1. ve 5. dk puanlarının <7 olmadığı, yenidoğanda görülen problemlerde (düşük doğum ağırlığı, kordon dolanması vb.) anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir (56). Hastaneye erken başvuruyu önlemek için kadınların evde desteklenmesini değerlendiren başka bir çalışmada ise evde desteklenen kadınların yenidoğanlarının 1. ve 5. dk Apgar puanları arasında fark olmadığı bildirilmesi de çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (71). Doğumhaneye erken ve geç kabulün maternal-fetal sonuçlarının karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda da çalışma bulgularını destekler şekilde gruplar arasında fetal ve yenidoğan sonuçları açısından fark olmadığı bildirilmektedir (69, 118). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Holmes ve ark. (2001)'ın yaptığı çalışmada aktif fazda doğumhaneye kabul edilen kadınların yenidoğanlarının ağırlık ortalamalarının (nullipar: 3 459 gr, multipar:

3599 gr) latent faz grubundaki yenidoğanların ağırlık ortalamalarından (nullipar: 3440 gr, multipar: 3513 gr) daha yüksek olduğu belirtilmektedir (72). Doğum yaralanmalarının klinik bulguları ile maternal, fetal ve obstetrik risk faktörlerin incelendiği başka bir araştırmada ise yumuşak doku travmasının, primipar annelerin kız bebeklerinde ($p=0.01$), erkek bebeklerde ($p=0.01$) ve doğum ağırlığı <4000 gr ($p=0.01$) olan bebeklerde anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir (120). Bu çalışmada ise yalnızca 2 yumuşak doku yaralanması mevcuttur ve ikisinin annesi multipar, yenidoğanlar erkek ve doğum, <4000 gr olması açısından çalışma ile benzerlik göstermemektedir (120). Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin kadınları doğum kontrolleri sırasında fetal sağlığın değerlendirilmesi ve ebeveynlerin doğumhaneye geliş zamanı ile ve geldikten sonraki süreç hakkında bilgilendirerek maternal ve neonatal sağlığın iyileştirilmesine katkısı olabilir. Aynı zamanda bu konuda daha çok araştırmalar yapılarak doğumhaneye geliş zamanında iyileştirmeler yapılabilir.

Doğumun birinci evresi nulliparlarda 6-10 sa, multiparlarda ise 2-10 sa kadar sürebilir. Bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (1-4). Latent faz, nulliparlarda ortalama 8-9 sa, multiparlarda ortalama 5 sa sürer (3, 4). Aktif faz ise, nulliparlarda 3 sa, multiparlarda 2+ sa sürer (1-5). Ancak DSÖ'nün 2018'de yayınladığı rehberde latent fazın belirli bir süresinin bulunmadığını ve bu durumun kadınlar arasında farklılıklar gösterebileceğini bu nedenle konu ile ilgili kadınların bilgilendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (9). İkinci evre nulliparlarda ortalama 50 dk., multiparlarda ise 20 dk. sürer. Üçüncü evre ise bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin atılmasına kadar geçen 5-30 dk'lık süreçtir ve dördüncü evre plasentanın doğumundan sonraki 1-2 sa'lık süreçtir (1-5). Normal doğumda nulliparlarda toplam doğum süresi ortalama olarak 10-15 sa sürerken, multiparlarda bu süre 6-8 sa sürmektedir (11). Bu çalışmada doğumun 1. evresinin, süresi, 2. evresinin süresi, 3. evresinin süresi, doğum eyleminin süresi, doğumdan sonra hastanede kalış süresi, latent evresinin süresi, aktif evresinin süresi, travayda kalış süresi, latent fazdaki kadınlarda aktif fazdaki kadınlara göre daha yüksek oranda bulunurken, gruplar arasında da anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6). Çalışmada doğum eyleminin süresi latent fazdaki kadınlarda 380 (90-960)dk, aktif fazdaki kadınlarda 136 (14-1140) dk olarak saptanmıştır (Tablo 6). Yani “doğumhaneye erken (latent fazda) geç (aktif fazda) kabul edilen kadınların aktif fazda kabul edilen kadınlara göre doğum eyleminin süresi daha uzundur.” H_0 hipotezi, çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Doğumhaneye doğrudan ve geciktirilmiş kabulün doğum

eylemi süresi ve maternal ve neonatal açıdan sonuçlarını inceleyen iki farklı Cochrane sistematik derlemesinde doğumhaneye geç kabul edilen kadınların doğrudan kabul edilenlere göre doğum eylemi sürelerinde kısalma olduğu bildirilmektedir (25, 107). Doğumhanede yapılan müdahalelerin doğum süreci ve yenidoğan sağlığına etkisini araştıran bir çalışmada doğumhaneye erken kabul edilen kadınlarda doğumun 1. evrenin süresinin ve sezaryan oranlarının geç kabul edilen kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada birinci evrenin uzamasına bağlı olarak kadınlara uygulanan intrapartum müdahale sayısının arttığı ve artan müdahale sayısının ikinci evreninde uzamasına sebep olduğu bildirilmektedir (73). Hastaneye erken başvuruyu önlemek için evde kadınların desteklenmesini değerlendiren bir çalışmada ise evde desteklenen kadınların >3 cm'den servikal dilatasyon ile hastaneye başvuranların <3 cm'den servikal dilatasyonla başvuran kadınlara oranla 50 dakika daha az hastanede kaldıkları bildirilmektedir (71). Benzer şekilde doğum salonuna aktif ve latent fazda kabul edilmenin obstetrik sonuçlarını inceleyen çalışmalarda da latent fazda başvuran kadınlarda aktif fazdakilere göre; travayda bekleme süresinin ve ikinci evre sürelerinin arttığı, doğum eylemi sürelerinin uzadığı, hastanede kalış süresinin uzadığı ve kontrol duygusunun azaldığı belirtilmektedir (25, 56, 69, 70-75). Yapılan çalışmalar ve bu çalışmanın verileri doğrultusunda doğumhaneye latent fazda başvuran kadınların aktif fazda başvuran kadınlara oranla hastanede kalış süreleri uzadıkça maruz kaldıkları intrapartum girişimlerin arttığı, uygulanan bu girişimlerin doğum eyleminin daha uzun sürmesine neden olduğu söylenebilir. Dolayısıyla özellikle düşük riskli kadınlar doğum öncesi takiplerinde ve gebe okullarında gerçek doğum ağırları başlayıncaya kadar mümkün oldukça hastaneye geç başvurmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir gösterge olan doğum memnuniyeti, annenin bakım kalitesi hakkında fikir vermekle beraber, anne bebek bağlanmasını, yenidoğan ve annenin iyilik halini de göstermesi açısından önemlidir (104, 121). Gebelik sürecinden ve doğum eyleminden memnun olduğunu ifade eden kadınların anneliğe uyumu artmaktadır (83, 122, 123). Bu çalışmada Doğum Duygulanım Ölçek puanı ortalamasının latent fazdaki kadınlarda 102, aktif fazdaki kadınlarda 114 olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 7). Çalışmada latent fazdaki kadınların ölçek puan ortalamasının aktif faz grubuna göre daha düşük olduğu görülmüş ve “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre doğum memnuniyeti daha azdır.” H_1 hipotezi ve latent fazdaki kadınların

ölçek puanının aktif fazdaki kadınlara göre daha az olması “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eylemini daha olumsuz algılar.” H₁ hipotezinin çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmesini sağlamıştır. Benzer şekilde Balçık’ın çalışmasında aktif fazdaki kadınların Doğum Duygulanım Ölçek puan ortalamasının latent fazdaki kadınların ölçek puan ortalamasından yüksek olarak belirtmesi çalışma bulgumuzu desteklemektedir (56). Niven ve ark. (1998)’nın çalışmasında da doğumhaneye aktif fazda kabul edilen kadınların latent fazda kabul edilen kadınlara oranla doğum deneyimlerinin daha olumlu olduğu bildirilmektedir (69). Doğumun medikalize edilmesi ve müdahalelerinin fazla yapılması kadının kontrolünü kaybetmesine ve kontrol kaybı da annenin memnuniyetsiz doğum algısına ve doğum sonrası komplikasyonlara sebep olmaktadır (34). Yapılan bir çalışmada müdahaleli (indüksiyon müdahaleleri, EFM, hareket kısıtlaması, iki saatlik vajinal muayene, IV sıvı, fundus basıncı, epizyotomi, fundusta kasılmaların palpasyonu, kapalı glottis itme, gecikmiş göbek kordonu klemleme, gecikmiş ten tene teması, sıvı/gıda kısıtlama ve farmakolojik ağrı kontrolü sağlanmayanların) doğum deneyimini yaşayan kadınların memnuniyet düzeylerinin müdahalelere maruz kalmayan kadınlara oranla daha düşük olduğu belirtilmektedir (34). Tayvan’da doğum eylemindeki kadınların doğum memnuniyetini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan başka bir çalışmada ise, hemşireler tarafından değer verilen doğumla başa çıkma yöntemleri arasında duygusal destek sağlayıcıları, rahatlama, bilgi/tavsiye sağlayıcıları, profesyonel teknik beceri sağlayıcıları ve savunucuların rollerini yerine getirerek bakım veren hemşirelerin bakım verdiği kadınların doğum memnuniyetinin intrapartum müdahalelere maruz kalan kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (124). Duygulanım ölçek puanının yüksek olması annelerin doğumu olumlu bir şekilde geçirdiklerini varsaymaktadır. Yapılan çalışmalar ve bu çalışma sonucundan yola çıkarak aktif fazda başvuran kadınların latent fazda başvuran kadınlara göre doğum eyleminde daha olumlu bir deneyime sahip olmalarına sebep olmaktadır. Ancak her ne kadar kadınların doğum memnuniyetleri pek çok değişkenden (bireysel özellikler, sürekli ebe desteği, doğum salonu özellikleri, doğumu algılama durumları vb.) etkilense de latent faz döneminde doğumhaneye kabul edilmeleri kadınlara yapılan intrapartum müdahalelerin (oksitosin, epidural analjezi) daha fazla uygulanmasına sebep olarak doğum memnuniyetlerinde azalmaya yol açtığı söylenebilir. Dolayısıyla kadınların doğumhaneye geç kabulünün sağlanması ile gereksiz obstetrik

girişimlerin önüne geçileceği ve annenin doğum memnuniyetinin sağlanacağı tahmin edilmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğum eyleminde doğumhaneye geliş zamanının maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen verilere göre sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların %57.1'i 20-29 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları 28.2 ± 5.6 yıldır. Ayrıca kadınların %61.3'ü ortaokul-lise mezunu, %59.6'sının çalışmadığı, %81.6'sının ilde yaşadığı, %97.5'inin orta gelirli ve %90.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %86.5'inin çekirdek aile olduğu ve %51.4'ünün fazla kilolu olduğu ($BKI=29.8 \pm 25.6 \text{ kg/m}^2$) belirlenmiştir (Tablo 2).

Latent ve aktif faz grubundaki kadınların aile yapısı durumları hariç diğer sosyo-demografik özellikler açısından benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca latent faz grubunun (%91.5) aktif faz grubuna göre (%81.6) daha yüksek oranda çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve aile yapısı durumları açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.015$) (Tablo 2).

Latent faz ve aktif fazdaki kadınların %67.7'in multipar, %65.1'inin gebelik haftasının 38-39. hafta ve ilk gebelik yaşı 22.9 ± 3.6 yıl, %66'sı iki ve üstü doğum sayısı, %65.6'sı toplam yaşayan çocuk sayısı iki ve üstü, %88.7'sinin abortusu olmadığı, %86.5'inin gebeliği istediği/planladığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Ayrıca kadınların %69.8'inin gebelikte sorun yaşadığı ve en çok yaşanan ilk üç sorunun %30.5 kusma, %30.5 bel ve sırt ağrıları, %27.8 bulantı olduğu, kadınların büyük çoğunluğuna (%99.6) gebelikte beş ve üzeri izlem yapıldığı ve tümüne ise iki ve üzerinde USG yapıldığı, %79.3'ünün doğum öncesi eğitim aldığı ve alınan eğitimlerin %82.4'ünün hemşireden alındığı, tümünün doğum öncesi bakım aldığı ve gebe okuluna devam etmediği saptanmıştır (Tablo 3).

Latent fazdaki ve aktif fazdaki kadınlar arasında parite, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, toplam yaşayan çocuk sayısı, gebelikte yaşanan sorunlar ve doğum öncesi eğitim alınan kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 3).

Kadınların incelenen diğer obstetrik özellikleri (doğum yaptığındaki gebelik haftası ort., abortus sayısı, gebeliği isteme durumu, gebelikte sorun yaşama durumu, gebelikte yapılan izlem sayısı, gebelikte yapılan USG sayısı, doğum öncesi eğitim alma

durumu, doğum öncesi bakım alma durumu, gebe okuluna devam etme durumu) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Kadınların %50'sinin latent fazda, %50'sinin aktif fazda hastaneye geldiği, ilk vajinal muayenede %50'sinin erken kabul (≤ 3 cm), %50'sinin geç kabul (≥ 4 cm) edildiği belirtilmiştir.

Doğumhaneye gelindiğinde yapılan ilk vajinal muayenedeki dilatasyon ortalamaları latent fazdaki kadınlarda 2.3 ± 0.8 cm, aktif fazdaki kadınlarda 6.7 ± 1.8 cm olduğu, efasman ortalamasının latent fazdaki kadınlarda $\%35.1\pm 15.1$, aktif fazdaki kadınlarda ise $\%74\pm 15.8$ olduğu ve tüm kadınların $\%43.6$ 'sının $\%0-40$ efasman aralığında hastaneye geldiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Latent fazdaki ve aktif fazdaki kadınlar arasında oksitosin indüksiyonu ve EFM monitörizasyonu arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), diğer özellikler (analjezi uygulaması, amniyotomi, lavman, fundal bası yapılma durumu, ilaç kullanımı durumu, vakum ve forseps uygulaması, epizyotomi, plasenta retansiyonu, perineal yırtık, postpartum kanama) açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre intrapartum girişim uygulanması daha fazladır.” H_0 hipotezi kabul edilmemiştir.

Kadınların vajinal muayene sıklığının latent fazdaki kadınlarda 2-8, aktif fazdaki kadınlarda 1-7 olduğu, plasenta çıkışının kadınların büyük çoğunluğunda ($\%91.5$) spontan olduğu, $\%61.7$ 'sinin doğumdan hemen sonra-30 dk sonra emzirmeye başladığı, uzamış doğum eyleminin kadınların çoğunda ($\%94.7$) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Latent fazdaki ve aktif fazdaki kadınlar arasında vajinal muayene sıklığı, emzirmeye başlama ve uzamış doğum eylemi açısından anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), diğer özellikler (doğum şekli, plasentanın çıkışı) açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Yenidoğanların $\%51.1$ 'inin erkek, $\%98.6$ 'sının doğum öyküsü olmadığı (neonatal hipoksi, neonatal taşikardi), doğum travması mevcut olan yeni doğanların %50'sinin yumuşak doku hasarı, %50'sinin intrakranial kanama olduğu belirtilmiştir.

Yenidoğanların tamamına yakınında 1. ve 5. dakikada ve Apgar $\geq$ 7 puan olduğu, YDYBÜ'ne gönderilmediği, neonatal hipoglisemi olmadığı ve yenidoğan resusitasyona ihtiyaç duyulmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 5).

Yenidoğanlar arasında 1. ve 5. dk Apgar puanları açısından anlamlı bir fark olmaması çalışmanın hipotezlerinden “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının Apgar Puanları geç (aktif fazda) kabul edilen kadınların yenidoğanlarının APGAR Puanlarına göre daha düşüktür.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Yenidoğanların fiziksel özellikleri incelendiğinde ağırlık ortalamasının 3205 gr, boy ortalamasının 50 cm, baş çevresi ortalamasının 34.5 cm olduğu ve yenidoğanların hiçbirinde kordon dolanması/düğümlemesi ve mekonyum aspirasyonu görülmediği belirlenmiştir (Tablo 5).

Yenidoğanlar arasında baş çevresi açısından anlamlı fark olduğu bulunurken ($p<0.05$), diğer özellikler (cinsiyet, doğum öyküsü, doğum travması, düşük doğum ağırlığı, kordon dolanması/düğümlemesi) açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Doğumun 1. evresinin süresi, 2. evresinin süresi, 3. evrenin süresi, doğum eyleminin süresi, doğumdan sonra hastanede kalış süresi, latent evresinin süresi, aktif evresinin süresi, travayda kalış süresi, latent fazdaki kadınlarda aktif fazdaki kadınlara göre daha yüksek oranda bulunurken, gruplar arasında da anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6). Doğum eyleminin süresi latent fazdaki kadınlarda 380 (90-960) dk, aktif fazdaki kadınlarda 136 (14-1140) dk olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eyleminin süresi daha uzundur.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Doğum Duygulanım Ölçek puanı ortalamasının latent fazdaki kadınlarda 102, aktif fazdaki kadınlarda ise 114 olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif fazda) kabul edilen kadınlara göre doğum memnuniyeti daha azdır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Aynı zamanda elde edilen ölçek puanı ortalaması sonucuna göre çalışmanın hipotezlerinden “Doğumhaneye erken (latent fazda) kabul edilen kadınların geç (aktif

fazdakilere) kabul edilen kadınlara göre doğum eylemini daha olumsuz algılar.” H₁ hipotezi de kabul edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Gebe olan tüm kadınların doğum öncesi eğitim alması konusunda teşvik edilmesi ve bu sınıflarda doğum eylemi ve doğum eyleminde yapılabilecek uygulamalar (EFM, vajinal muayene, analjezi uygulanması, amniyotomi, IV sıvı takılması vb), uygulamaların yapılma nedenleri ve yapılma sıklıkları gibi konularda farkındalık oluşturulması,

Kadınların doğum öncesi dönemdeki kontrolleri sırasında gerçek doğum belirtileri hakkında bilgilendirilip mümkün oldukça evde kalmaları sağlanarak doğumhanaya erken gelişlerin önlenmesi,

Doğum sırasında yapılması planlanan uygulamaların olumlu ve olumsuz etkileri değerlendirilerek rutin olarak değil gereksinimlere göre en az müdahalenin uygulanmasının sağlanabilmesi için hemşirelerin güncel gelişmeleri takip etmesi ve güncel uygulamalar doğrultusunda davranması ve anne dostu hastane uygulamalarının yaygınlaştırılması,

Doğum eyleminde yapılan uygulamaların (EFM, vajinal muayene, analjezi uygulanması, amniyotomi, IV sıvı takılması vb) sıklığının maternal ve neonatal sonuçlar üzerindeki etkilerini belirlemek için geniş örnekleme sahip güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek nicel, nitel ve deneysel çalışmaların yapılmasıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Rathfisch G (2016). Doğum eylemi. Beji NK (Ed), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, sayfa: 363-376.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007). Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline, London, No: 213280.
3. Güner ÖÖ, Kavlak O (2016). Doğum. Sevil Ü, Ertem G (Ed), Perinatoloji ve Bakım. Birinci Baskı. Ankara Nobel Tıp kitapevleri, İzmir; Sayfa: 299-3667.
4. Taskın L (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Onüçüncü baskı. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara; Sayfa: 280-300.
5. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women and Birth 31(4): 313-318.
6. Friedman EA (1954). The graphic analysis of labor. American Journal Obstetrics and Gynecology 68(6): 1568-1575.
7. Cunningham FG (2005). Williams Obstetrics. 21th ed. Çeviren: Akman AC, Nobel Tıp Kitabevleri: 426-440.
8. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London,CG55.
9. World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, Geneva: Licence: cc by-nc-sa 3.0 ıgo. Accessed Addres:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf?sequence=1> [Accessed 18 November 2019].
10. Ertopçu K (2018).Pozitif doğum eylemi için DSÖ önerileri. 1.Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongre Bildiri Kitabı, İzmir, 18-21 Ekim, 12-16.
11. Durmaz A (2018). Doğum eylemi. Çalık KY, Çetin FC (Ed). Normal Doğum ve Sonrası Dönem. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul; Sayfa: 1-22.
12. Saydam BK (2008). Doğum eylemi. Ahsen Ş(Ed), Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 646-61.

13. World Health Organization (2007). Diagnosis of labour. [Online]. Accessed Address: <http://www.who.int/surgery/publications/Obstetricsafetyprotocols.pdf>. [Accessed 13 July 2018].
14. World Health Organization (2003). Gebelik ve doğumun entegre yönetimi. Gebelik ve doğumda komplikasyonların yönetimi: Ebeler ve doktorlar için bir kılavuz. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı Dünya Sağlık Örgütü, Geneva.
15. Who/Frh/Msm/96.24 (1996). Safe motherhood care in normal birth: a practical guide. report of a technical working group. Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG Practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Committee opinion. Obstetrics and Gynecology, no: 40, 40(100): 1045-50.
17. Karaman ÖE, Yıldız H (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: Nasıl? Ne sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 10(1): 78-87.
18. Çalık KY (2015). Doğum ve kanıta dayalı uygulamalar. E-Sağlık Ebelik Dergisi 2, 30-64.
19. Janssen P, Nolan ML, Spiby H, Green J, Gross MM, Cheyne H (2009). Roundtable discussion: early labour: what's the problem? Birth 36(4): 332-9.
20. Creedon D, Akkerman D, Atwood L, Bates L, Harper C, Levin A (2013). United States: Institute for Clinical Systems Improvement. [Online]. Access address: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44346>. [Accessed 30 March 2014].
21. Başgöl S, Beji NK (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(2): 32-39.
22. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP (2008). Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics and Gynecology 199(5): 445-454.
23. Rathfish YG, Güngör I (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-G) 11(3): 53-64.

24. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2012). Access Address: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-74531/h/partograf-kullanimi-hakkindagenelge.pdf>. [Accessed 30 May 2016].
25. Lauzon L, Hodnett ED (2001). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. Cochrane Database Systematic Reviews (3), CD000936.
26. Centre for Healthcare Improvement (2012). [Online]. Access Adress:http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirt.pdf. [Accessed 30 May 2016].
27. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M (2014). Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth 14: 68-73.
28. Rahnama P, Ziaei S, Faghihzadeh S (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 92(3): 217-220.
29. Davey MA, McLachlan HL, Forster D, Flood M (2013). Influence of timing of admission in labour and management of labour on method of birth: results from a randomised controlled trial of caseload midwifery (COSMOS trial). Midwifery 29(12): 1297-1302.
30. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phases of spontaneous labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 105(1): 77-9.
31. Klein MC, Kelly A, Kaczorowski J, Grzybowski S (2004). The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 26(7): 641-5.
32. Başkaya Y, Sayiner FD (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. Journal of Health Sciences and Professions 5(1): 113-119.
33. Uysal B (2017). Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
34. Çalık KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C (2018). First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectionl study. BMC Pregnancy and Childbirth 18: 415-425.

35. Dawood F, Dowswell T, Quenby S (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(6): 1-46.
36. Alfiredovic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: 1-127.
37. American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles; ACOG practice bulletin no. 106. *Obstetric Gynecologic* 114(1): 192-202.
38. Singata M, Tranmer J, Gyte GM (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 20(1): 1-90.
39. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(7): 1-36.
40. Reveiz L, Gaitan HG, Cuervo LG (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7: 18-39.
41. Basevi V, Lavender T (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14(11): 1-14.
42. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(2): 1-158.
43. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1: 1-5.
44. American College of Obstetricians and Gynecologists (2008). Amniotomy for shortening spontaneous labour 111(1): 204-205.
45. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: 1-35.
46. Budden A, Chen LJ, Henry A (2014). High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10: 1-36.

47. Uzel HG, Yanikkerem E (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 11(1): 26-34.
48. Dönmez S, Sevil Ü (2009). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2(3): 105-112.
49. Başgöl Ş, Beji NK (2015). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(3): 66-71.
50. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM (2007). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 3: 1-4.
51. Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 8: 1-13.
52. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Committee opinion no.687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth ACOG. Obstetrics and Gynecology 133(2): 164-173.
53. American College of Obstetricians and Gynecologists (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery 1: 1-16.
54. Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K (2016). Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. Obstetrics and Gynecology 127(3): 481-488.
55. Mete S (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 6(2): 93-98.
56. Balçık M (2014). Doğumhaneye kabul zamanının doğum eylemi sürecine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir.
57. Serçekuş P, İşbir GG (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 11(1): 97-102.
58. Coşkun AM (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birinci Baskı. Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul; Sayfa: 196-236.

59. Yıldız H (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 5(2): 98-105.
60. World Health Organization (2017). WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee, Geneva Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Accessed 22 December 2019].
61. Myles TD, Santolaya J (2003). Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstetrics and Gynecology* 102: 52.
62. Karademir O (2009). Son Altı yılda hastanemizde peripartum histerektomi ve hipogastrik arter ligasyonu uygulanan olguların retrospektif analizi. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
63. Cıta N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, Çelik C (2010). Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 89(6): 817-822.
64. Mutlu H (2016). Preterm doğum eyleminde servikal uzunluk, fetal baş angajmanı ve koryon-serviks arasındaki mesafenin incelenmesi: Preterm doğum eyleminde koryonik doku-uterus ayrılmasının etiyopatogenezdeki rolü. Uzmanlık tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara.
65. Lewin D, Frearon (2005). Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* 21(3): 267-277.
66. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM (2016). Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nullipar women. *Frontiers in Medicine* 3(26): 1-7.
67. Jackson DJ, Lang JM, Ecker J, Swartz WH, Heeren T (2003). Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. *JOGNN* 32(3): 147-157.
68. Petersen A, Poetter U, Michelsen C, Gross MM (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Maternal-Fetal Medicine* 288: 245-254.
69. Niven MPS, Williams JI, Hoddnett E, Kaufman K, Hannah ME (1998). An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth* 25(1): 5-10.

70. Hemminki E, Simukka R (1986). The timing of hospital admission and progress of labor. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 22(1-2): 85–94.
71. Janssen P, Still DK, Klein MC, Singer J, Caty EA, Liston RM, Zupacic JA (2006). Early labor assessment and support at home versus telephone triage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108(6): 1463–1469.
72. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW (2001). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108(11): 1120-1124.
73. Akyıldız D, Çoban A, Gör UF, Taşpınar A (2021). Effects of obstetric interventions during labor on birth process and newborn health. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 29(1): 9-21.
74. Çalık KY, Erkaya R (2019). Doğum salonuna latent ve aktif fazda kabul edilmenin obstetrik sonuçlara etkisi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, 3-6 Ekim 2019, 471.
75. Coşkun B, Ünal O (1997). Türk kadınının doğum travayı eğrisi (partogram) ve Friedman partogramı ile karşılaştırılması. *Aile Hekimliği Dergisi* 1(1): 16-20.
76. Küçük E (2020). Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçları. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.
77. Çalık KY (2010). Doğum eyleminde sp6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi. Doktora tezi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
78. Gökmen Ö (2017). Doğum memnuniyet ölçeği revize formunun Türk toplumuna uyarlanması. Yüksek lisans tezi, T.C. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu.
79. Mamuk R, Gençalp NS (2013). Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. *International Journal of Human Sciences* 10(2): 48-66.
80. Gençalp NS (1998). Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

81. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 36-205.
82. Ergöl Ş (2009). Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum eylemi süresine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
83. Yılmaz AF, Başer M (2017). Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (1): 24-28.
84. Çalık KY, Çetin FC, Demirci N, Akıncı AÇ (2017). Gebelikte olağan yakınmalar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 48(4): 135-141.
85. Hill PD, Humenick SS (1996). Development of the H and H lactation scale. Nursing Research 45(3): 136-140.
86. Yuvacı HU, Köse E, Yerli N, Cevrioğlu AS (2018). Antepartum eğitimin doğum şekline etkisi var mıdır? 1.Uluslararası 3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim, 769-775.
87. Balkaya NA (2015). Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
88. Demirci AA, Kabukcuğlu K, Haugan G, Aune I (2019). I want a birth without interventions: Women's childbirth experiences from Turkey. Women and Birth 32: 515-522.
89. Eri TS, Blaystad A, Gjengedal E, Blaaka G (2011). Stay home for as long as possible: Midwives priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour Elsevier. Midwifery 27: 286 -292.
90. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2018). Anne dostu hastane kriterleri khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html. [Accessed 10 June 2021].
91. Günay T, Hocaoglu M (2019). Term gebelerde doğum indüksiyonu için kullanılan vajinal prostaglandin e2'nin başarısını etkileyen faktörler. Namık Kemal Tıp Dergisi 7(3): 24 –252.
92. Bay F, Bulut ÖÜ (2020). Doğum indüksiyonu: maternal, fetal-neonatal etkileri, ebeğin rolü. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1): 4-14.

93. FIGO Guidelines, Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee (2012). Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119(2): 111-116.
94. World Health Organization (WHO) (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, Switzerland, Geneva. [Accessed 19 october 2019].
95. Lothian JA (2014). Healthy birth practice 4: Avoid interventions unless they are medically necessary. *The Journal of Perinatal Education* 23(4): 198-206.
96. Hotelling BA (2007). The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *The Journal of Perinatal Education* 16(2): 38-43.
97. Devranoglu B, Pekn O, Gurbuz A, Karateke A (2002). Dogum eyleminde tibbi yardım: oxytocin kullanımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 33(1): 6-8.
98. Kokanalı MK, Kokanalı D, Güzel Aİ, Topçu HO, Cavkaytar S, Doğanay M (2015). Term gebelikte ve uygun bishop skoru varlığında intravenöz sentetik oksitosin infüzyonu ile doğum indüksiyonu sonucuna etki eden faktörlerin analizi. *Cukurova Medical Journal* 40(2): 317-325.
99. World Health Organization (WHO) (2011). WHO recommendations for induction of labour. [Accessed 01 June 2021].
100. Bozkurt Ş (2013). Normal doğumda ve sezaryen doğumda memnuniyetinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
101. Çolak MB, Can HÖ (2021). Effects of the time of pregnant women's admission to the labor ward on the labor process and interventions. *Health Care For Women International* 42(4-6): 563-579.
102. National Vital Statics Reports (2018). National center for health statistics U.S. Centers for Disease Control and Prevention 67(1): 24-55.
103. European Perinatal Health Report (2010). Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 Paris. Euro-Peristat Project with Scpe and Eurocat 229-231.
104. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46(2): 212-219.

105. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. (2014). Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in pre-active versus active labor. *Journal of Midwifery and Women's Health* 59(1): 28-34.
106. Aktaş S, Osmanağaoğlu MA (2017). İntrapartum elektronik fetal monitörizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Journal of New World Sciences Academy Life Sciences* 12(1): 14-29.
107. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4: 1-27.
108. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1: 1-35.
109. Thacker SB, Stroup D, Chang MH (2006). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: 1-6.
110. United States Agency International Development (USAID) (2020). Better intrapartum practices to reduce newborn infection. *Maternal and Child Health Integrated Program* 1-7.
111. Güneş G, Karaçam Z (2018). Doğum sonu dönemdeki kadınların vajinal muayene deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(2): 87-95.
112. El-Moniem EFA, Mohamady SH (2016). Effect of vaginal examination frequency practice during normal childbirth on psychophysical condition of women. *The International Organization of Scientific Research Journal of Nursing and Health Science* 5(6): 36-44.
113. Shepherd A, Cheyne H (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth* 26(1): 49-54.
114. Blix E, Kumle M, Qian P (2008). What is the duration of normal labour? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke* 128(6): 686-689.
115. Marowitz A (2014). Caring for women in early labor: can we delay admission and meet women's needs? *Journal of Midwifery Womens Health* 59(6): 645-50.

116. Angeby K, Wilde BL, Hildingsson I, Bojö AKS (2015). Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sexual and Reproductive Healthcare* 6(3): 145-150.
117. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK (1993). Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 81(4): 486-491.
118. Albassam AN (2010). The outcome of latent phase vs. Active phase admission to labour room of low risk nulliparous women in labour. *Journal of the Faculty of Medicine Baghdad* 52(2): 147-151.
119. Bai DL, Wu MK, Tarrant M (2013). Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *Journal of Midwifery and Women's Health* 58(1): 25-32.
120. Çolak R, Çoban K, Çelik K, Yangın EY (2017). Doğum yaralanmaları: Klinik bulgular ile maternal, fetal ve obstetrik risk faktörleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1): 53-59.
121. Ferrer MBC, Jordana MC, Meseguer CB, García CC, Roche MEM (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ open* 6(8): 1-10.
122. Oikawa M, Sonke A, Faye EO, Ndiaye P, Diadiou M, Kondo M (2014). Assessment of maternal satisfaction with facility-based childbirth care in the rural region of Tambacouda, Senegal. *African Journal of Reproductive Health* 18(4): 95-104.
123. Yiğit ED, Yılmaz SD (2018). Doğum sonu anne memnuniyeti ve anneliğe uyumda ebeğin rolü. *Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, 3-6 Ekim 2018*, 674-676.
124. Chung Hey Chen RN, Shing Yaw Wang MD (2001). Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth* 28(3): 180-185.



EKLER

Ek 1. Gebe Tanıtım Formu

DOĞUMEYLEMİNDE DOĞUM SALONUNA KABUL EDİLME ZAMANININ MATERNAL NEONATAL SONUÇLARI

Sayın katılımcı ;

Bu çalışmanın primer amacı “Doğum Eyleminde Doğum Salonuna Kabul Edilme Zamanının Maternal Neonatal Sonuçları” belirlemek. Sekonder amacı ise bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda sorunlara yönelik doğum öncesi ve doğum süreci hizmetlerinin geliştirilmesine katkı verebilecek olmasının yanı sıra araştırma sonuçları diğer araştırma için kaynak oluşturmaktır.

Bu araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

BÜŞRA YAVUZ
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1.Protokol no:

2.Yaş.....

3.Yaş Grubu:

1 () 15-19 2 () 20-29 3 () 30 ve üzeri

4.Eğitim Durumunuz:

1 () Okur yazar değil 2 () Okur yazar 3 () İlkokul mezunu
4 () Ortaokul mezunu 5 () Lise mezunu 6 () Üniversite mezunu

5.Mesleğiniz:

1 () Ev hanımı 2 () İşçi 3 () Memur 4 () Diğer.....

6.Çalışma Durumu : 1 () Çalışıyor 2 () Çalışmıyor

7.En Uzun Yaşadığı Yer :

1 () Köy 2 () Kasaba 3 () İlçe 4 () İl

8.Gelir Düzeyinizi Nasıl Algılıyorsunuz?

1 () Düşük gelirli 2 () Orta gelirli 3 () Yüksek gelirli

9.Sağlık Güvencesi: 1 () Var 2 () Yok

10.Aile Yapınız: 1 () Geniş aile 2 () Çekirdek aile

11.Beden Kitle İndeksi.....

Ek 2. Doğum Eylemi Tanılama Formu

OBSTETRİK DEĞİŞKENLER

12.Multipar ()

13.Primipar ()

14.Doğum Yaptığında Ki Gebelik Haftası:

15.İlk Gebelik Yaşınız:

16.Toplam Gebelik Sayısı:

1 ()1 2 ()2 3 ()3 4 ()4 ve üstü

17.Toplam Doğum sayısı:

1 ()1 2 ()2 3 ()3 4 ()4 ve üstü

18.Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı:

1 ()Yok2 ()1 3 ()2 4 ()3 ve üstü

19.Düşük Sayısı:

1 ()Yok2 ()1 3 ()2 4 ()3 ve üstü

20.Toplam Küretaj Sayısı:

1 ()Yok2 ()1 3 ()2 4 ()3 ve üstü

21.Gebeliği İsteme Durumu:

1 ()Evet istedik/planlı gebelik2 () Hayır istemedik/plansız gebelik

22.Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1 () Evet2 () Hayır Evet ise nedir?.....

23.Önceki gebeliklerinde ektopik gebelik öyküsü:

24.Gebelikte yapılan izlem sayısı:

25.Gebelikte yapılan USG sayısı:

26.Doğum öncesi eğitim aldınız mı?

1 ()Evet2 ()Hayır

Evet ise eğitimi kimden aldınız?

1) Hekim 2) Hemşire 3)Ebe 4)Diğer.....

27.Doğum öncesi bakım alma durumu:

28.Gebe okuluna devam etme durumu:

İNTRAPARTUM DEĞİŞKENLER

29.Hastaneye başvurduğu saat:

30.Doğum salonuna başvurduğu saat:

31.Doğum salonuna başvurduğunda yapılan ilk vajinal muayenenin saati:

32.İlk vajinal muayende dilatasyaon.....cm Efesman %.....

33.Regüler Kontraksiyonların Başlangıcı: Saat.....Tarih.....

İntrapartum girişimler

34.Doğum ağrısını giderme amaçlı Analjezi uygulama

Epidural () Narkotik () Diğer (.....)

35.Membranların açılma saati:

Ek 2. (Devam)

36.Tabloyu uygun şekilde doldurunuz.

	EVET	HAYIR
Amniotomi yapıldı mı?		
Oksitosin/ indüksiyon uygulama		
Lavman		
EFM monitörizasyon (Evetse kaç kez?)		
Diğer ilaç kullanımı (Evetse ilacı ve dozunu belirtiniz)		
İntravenöz sıvı takılması		
Sıvı/besin alımının kısıtlanması		
Fundal bası yapılma durumu		
Müdahaleli doğum (vakum, forseps)		
Epizyotomi		
Perineal yırtık (1-2-3. Derece) (Evetse derecesini belirtiniz.)		
Plasenta retansiyonu		
Postpartum kanama (500ml den fazla)		
Fundus masajı yapıldı mı?		

37.Vajinal Muayene Sıklığı:

38.Serviksin Tam Açılması: Saat.....

39.Doğum Şekli:

Spontan () Forseps () Vakum () sezaryen () C/S () Endikasyonu:.....

40.Plasentanin çıkışı:

Spontan () Elle çıkarma () KKT ile ()

41.Emzirmeye başlama

- () Doğumdan hemen sonra -30dk sonra
- () Doğumdan 1 saat sonra
- () Doğumdan 2 saat sonra
- () Doğumdan 3-4 saat sonra
- () Emzirme başılamadı

42.Tabloyu uygun şekilde doldurunuz.

EVRELER	SÜRE	SAAT	DK
1.EVRE (aktif fazdan 4cm-10cm ye kadar geçen süre-partograftan elde edilebilir)			
İKİNCİ EVRE (10cm dilatasyondan bebeğin doğumuna kadar geçen süre)			
ÜÇÜNCÜ EVRE (plasentanın doğum evresi)			
DOĞUMDAN SONRA HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ			
DOĞUM SÜRESİ			

43.Uzamış doğum eylemi:

1 ()EvetZor ve uzun (Primipara 15st Multipara 10 st) 2 ()Hayır

YENİDOĞAN İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

44.Bebeğin Cinsiyeti: () Kız () Erkek

45.Doğum öyküsü:

Doğum travması ()..... Anomali () Diğer.....

Ek 2. (Devam)

46. Tabloyu uygun şekilde doldurunuz.

	EVET	HAYIR
Düşük doğum ağırlığı (<2.5 kg)		
Makrozomi (4.0 kg)		
Apgar< 7 puan 1. Dakikada		
Apgar< 7 puan 5. Dakikada		
YDYBÜ'ne gönderildi mi?		
Neonatal hipoglisemi		
YD resusitasyon ihtiyacı oldu mu?		

Fizik Muayene:

47. Ağırlık:..... Boy:..... Baş çevresi:.....

48. Kordon Dolanması:

49. Kordon Düğümlemesi:

50. Mekonyum aspirasyonu:.....

Ek 3. Doğum Duygulanım Ölçeği

DOĞUM SIRASINDA HİSSETTİKLERİNİZ

Aşağıda yer alan 28 ifadenin her biri, doğum sırasında hissedilebilecek bir duygu tanımlamaktadır. Hiçbir kadın diğerine tam olarak benzemediği için her kadın doğum sırasında farklı duygular yaşayabilir. Lütfen doğum sırasında yaşadıklarınızı gözünüzde canlandırın ve hissettiğiniz duyguları düşünün.

Aşağıdaki ifadelerde doğum sancısı çekerken hissettiklerinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplarda doğru ya da yanlış diye bir şey söz konusu değildir. Zaman ayırdığınız için teşekkürler.

1. **Kendime güvendim (Kendime güveniyordum).**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
2. **Yenik düşmüş gibiydim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
3. **Kendimi önemli biriymişim gibi hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
4. **Gergindim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
5. **Neler olup bittiğini sezebiliyordum.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
6. **Tehlikede olduğum hissine kapıldım (Emniyette değilmişim gibi geldi).**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
7. **Kendimi rahat hissettim (Rahattım).**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
8. **Kendimden emindim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
9. **Sancılarımı, sanki benim dışımda biri veya birileri denetliyormuş gibi geliyordu.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
10. **Kendimi yetersiz hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
11. **Bir tür sıkıntı yaşadım.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
12. **Her şey belirsiz ve gerçek dışıymış gibi göründü.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç

Ek 3. (Devam)

13. **Olup biten her şeyin farkındaydım.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
14. **Panik halindeydim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
15. **Sanki parçalara ayrılıyormuşum gibi hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
16. **Kendimi sıkıştırılmış ve hapsedilmiş gibi hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
17. **Kontrolümü kaybetmemiştim (Dayanabiliyordum).**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
18. **Yaşadıklarımın hepsi anlamlıydı.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
19. **Öleceğimi zannettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
20. **Yapmamam gereken her şeyi yaptığımı hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
21. **Kendimi çaresiz hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
22. **Her şey sakın ve huzur verici görünüyordu.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
23. **Başardığımı hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
24. **Kendimi güçsüz ve aciz hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
25. **Başaramadığımı hissine kapıldım.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
26. **Olanları (başıma geleni) kabullenmiştim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
27. **Bu işin üstesinden gelebileceğime inanıyordum.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç
28. **Doğum sırasındaki davranışlarım yüzünden (davranışlarımdan dolayı) kendimi kötü hissettim.**
SürekliSık sıkAra sıraÇok seyrekHiç

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Doğum Eyleminde Doğum Salonuna Kabul Edilme Zamanının Maternal ve Neonatal Sonuçları’dır.

Bu çalışmada Doğum Salonuna Erken ve Geç Kabul Edilmenin Anneye ve Bebek Üzerine Etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacak ve elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başka kişi ya da kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, uygulanan forma özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma ticari amaçlı kullanılmayacaktır.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için şimdiden hepinize teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı :

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. Ölçek Kullanım İzni

(Telefonda Mesaj Olarak Mevcut)



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : DEMİRCİ, Büşra

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Bakırköy Dr. Sadi
Konuk EAH Beyin Cerrahi Servisi Bakırköy/İSTANBUL

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Lise	Trabzon Gazi Anadolu Lisesi	2011

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	İstanbul Bakırköy Sadi Konuk EAH Beyin Cerrahi Servisi	2017-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği